

Termo de consentimento informado: linguagem acessível e atendimento à saúde de migrantes

Giovana de Carvalho Florencio¹
César Augusto Silva da Silva²

Resumo: A pesquisa trata sobre o assentimento dos pacientes migrantes no Brasil antes de procedimentos médicos, observados em Termo de Consentimento Informado e recomendação do Conselho Federal de Medicina nº 1/2016. Busca compreender o referido termo e propor técnicas de aperfeiçoamento de sua redação, partindo da hipótese de sua incompreensão. Foi realizada uma revisão bibliográfica qualitativa e hipotético dedutiva. Em considerações finais observou-se haver direito à saúde para migrantes no Brasil, mas também se observa prejuízo no seu consentimento pleno durante os tratamentos em face da dificuldade de comunicação.

Palavras-chave: Termo de Consentimento Médico. Migrações. Linguagem. Acessibilidade.

Term of informed consent: accessible language and health service to migrants

Abstract: The research deals with the assent of migrant patients in Brazil before medical procedures, observed in the Term of Informed Consent and Federal Council of Medicine recommendation nº 1/2016. It seeks to understand the referred term and propose techniques to improve its writing, starting from the hypothesis of its misunderstanding. A qualitative and hypothetical deductive literature review was carried out. In final considerations, it was observed that there is a right to health for migrants in Brazil, but there is also a loss in their full consent during treatments due to the difficulty of communication.

Keywords: Term of Informed Consent. Migration. Language. Accessibility.

¹ Mestre em Fronteiras e Direitos Humanos pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). E-mail: giovanacflorencio@hotmail.com.

² Doutor em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e docente da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. E-mail: cesar.a.silva@ufms.br.

Término del consentimiento informado: lenguaje y servicio accesible a salud por los migrantes

Résumé: La investigación trata sobre el asentimiento de pacientes migrantes en Brasil ante procedimientos médicos, observado en el Término de Consentimiento Informado y recomendación del Consejo Federal de *Medicina* nº 1/2016. Se busca comprender el término y proponer técnicas para mejorar su redacción, a partir de la hipótesis de su incompreensión. Se realizó una revisión bibliográfica cualitativa e hipotético deductiva. En consideraciones finales, se observó que existe un derecho a la salud de los migrantes en Brasil, pero también hay una pérdida en su pleno consentimiento durante los tratamientos debido a la dificultad de comunicación.

Palabras clave: Término del Consentimiento Informado. Migraciones. Lenguaje. Accesibilidad.

1. Introdução

A presente pesquisa aborda sobre o uso do Termo de Consentimento Informado, também conhecido como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por profissionais da saúde em casos atinentes ao atendimento de migrantes recebidos pelo Brasil e sua demanda por linguagem acessível. Realiza-se revisão bibliográfica e documental, a partir de uma análise hipotético-dedutiva, por meio de artigos catalogados na base de dados das plataformas **Scielo**, **Lilacs** e Google Acadêmico tendo como parâmetro as palavras-chave "migrantes", "termo de consentimento", e "linguagem", foram descartados artigos que fossem um recorte temático de algum grupo social em específico estranho ao objeto de pesquisa.

O estudo parte da análise da Recomendação do Conselho Federal de Medicina nº. 1/2016, que instituiu o procedimento preventivo como facultativo, mas recomendado aos médicos (CFM, 2016). Para tanto, considera-se a autonomia, voluntariedade e respeito em uma perspectiva decolonial do poder (QUIJANO, 2001). Como objetivo geral visa propor técnicas para aperfeiçoar o assentimento de migrantes, considerando o alto fluxo migratório no Brasil e entraves na comunicação (SOUZA; CARVALHO, 2021).

Para tanto, em um primeiro momento apresenta o conceito e características do Termo de Consentimento; em um segundo momento levanta-se os elementos sociais e jurídicos pertinentes à configuração da linguagem acessível; e por fim, compreende-se os impactos e desafios para implantação de uma compreensão adequada nos tratamentos para saúde dos migrantes no Brasil.

Tem como hipótese o potencial dano e tensões causadas pela incompreensão na relação médico paciente, tendo em vista que o termo nem sempre ocorreria de forma livre e prévia, pela ausência de clareza na linguagem. Nesse sentido, questiona-se: qual a situação da saúde de migrantes recebidos no país e como a acessibilidade da linguagem em termos de consentimento médico relaciona-se com seu desempenho? Ainda, espera-se que seja compreendido como aperfeiçoar a medicina preventiva por meio do Termo de Consentimento.

2. Termo de consentimento livre e esclarecido

O Termo de Consentimento Informado, consiste em uma declaração expressa do paciente sobre os riscos e eventuais danos colaterais de procedimento médico, podendo ser realizada de forma escrita ou oral (CFM, 2016). O direito ao consentimento é decisão inerente ao termo e decorre do princípio basilar e fundamento da república sobre a dignidade da pessoa humana, apontado por Ingo Sarlet (2004) como qualidade intrínseca e única de cada ser humano, digno de consideração, respeito social e estatal, garantidas as condições mínimas para viver de forma saudável (SARLET, 2004).

Regulamentado pela recomendação do Conselho Federal de Medicina-CRM nº 1/2016, o consentimento consiste em um mecanismo de expressão do paciente sobre a atuação médica, diretamente relacionada com a responsabilidade do médico como profissional da saúde e como prestador de serviços. Para melhor segurança e avaliação dessa responsabilidade, o CFM recomenda que o termo seja escrito, e quando verbal, sejam registradas no prontuário do paciente (CFM, 2016), o qual consiste em um registro

de todos fatos pertinentes e condutas em relação ao atendimento ou ato médico, sendo um documento necessariamente escrito, minucioso e sigiloso, ressalvado o acesso do documento ao paciente (GONÇALVES, 2020).

Portanto, é preciso sobrepesar a necessidade de confiança que permeia a relação médico paciente com o meio mais adequado para efetiva compreensão. Segundo Boechat Cabral (2011), a informação é um direito e dever nessa relação, e para sua concretização precisa ser completa, real e adequada aos riscos e situação tratada. De modo a evitar o incremento de riscos não consentidos, a norma traz uma estrutura escrita padronizada, com tamanho mínimo de letra e espaços a serem preenchidos pelos pacientes (CFM, 2016).

O consentimento nessa estrutura teria se inspirado a partir de disputas judiciais e precedentes americanos após pacientes questionarem as consequências de procedimentos e cirurgias por não saberem seus potenciais efeitos colaterais. Logo, a estrutura escrita se daria para evitar judicialização contra médicos e insegurança para o paciente, o que não afasta a necessidade de diálogo oral entre médico e paciente (BOECHAT CABRAL, 2011). Deve-se ressaltar que a preocupação com a estrutura e necessidade de consentimento expresso e sigiloso tem sido aprofundada com o surgimento da telemedicina, o que também tem denotado a necessidade de atualização da regulamentação brasileira (REZENDE *et al.*, 2013).

Passa a ser observado o objetivo e valor do consentimento estruturado. A norma traz a ideia de prática não defensiva da medicina, e sim de orientação, se é ação de diagnóstico ou tratamento, seus objetivos, benefícios, riscos, duração e possíveis efeitos colaterais. A resolução do CFM (2016) declara expressamente seu objetivo de superar a relação até então assimétrica entre médico e paciente em prol dos princípios da beneficência e não maleficência, considerando o que for melhor ao paciente não apenas na perspectiva do profissional, como ponderação com a autonomia e justiça, coexistindo com os quatro princípios basilares da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia

e justiça, dispostos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012 (CNS, 2013). Nesse sentido, aduz a justificativa da criação do procedimento:

Sob o prisma ético-jurídico, a dignidade humana é a autonomia do ser humano, vale dizer, consiste na liberdade intrínseca, própria da natureza da pessoa, que é dotada de razão, de poder decidir livremente e por si mesma (livre arbítrio) sobre assuntos que lhe digam respeito, sobretudo sobre sua intimidade e privacidade (CFM, 2016, p. 07).

Nesse sentido, ressalta-se que a resolução dispõe acerca da necessidade de ser fornecida informação e assentimento mesmo de pessoas que por motivos biológicos ou mentais não tenham capacidade civil plena, como crianças ou pessoas com deficiências, mesmo que seus representantes precisem assinar o termo (CFM, 2016).

Ainda, observa-se que a autonomia associada a esse consentimento não é absolutamente individual e os médicos são orientados a analisar a natureza do impacto das escolhas do paciente sobre sua família e sociedade, desse modo o Código de Ética Médica autoriza o médico a intervir mesmo sem consentimento do paciente em caso iminente de risco de morte (CFM, 2019). Em síntese, como requisitos de validade do documento devem ser considerados a capacidade civil, voluntariedade e compreensão, requisitos essenciais para torná-lo um documento juridicamente válido (GODINHO *et al.*, 2010).

Por fim, no que diz respeito ao diálogo, a resolução recomenda uma linguagem clara e atendendo a compreensão do paciente, afastando a ideia de um termo padronizado. Afirma o dever de esclarecimento dos termos científicos, evitadas palavras estrangeiras e na língua pátria (CFM, 2016).

3. Linguagem acessível: o dilema da compreensão

Em um primeiro momento, observou-se pela pesquisa bibliográfica, a preocupação nas pesquisas científicas em se valorar o Termo de Consentimento Médico em seu objetivo central, que seja, promover o direito à autodeterminação e dignidade da pessoa humana.

Sua finalidade divide-se em duas perspectivas: a da segurança do médico em sua responsabilidade, seja em procedimentos diagnósticos, de tratamento ou pesquisa, e a voluntariedade do paciente. Pautado na ética de saúde apresentada pelo Código de Nuremberg de 1947, produzido logo após a Segunda Guerra Mundial e a exposição de denúncias de abusos em pesquisas e atendimentos na saúde. A partir de então, o documento do Termo de Consentimento passou a ser utilizado com frequência na França da década de 1970 e teria sido observada no Brasil uma configuração mais recorrente do formato escrito de termo, a qual utilizada em excesso e sem o complemento da comunicação oral seria responsável por desnaturar a relação médico e paciente (MINOSSI, 2011).

Outro fator considerado é o medo do paciente, portanto, o Conselho Nacional de Saúde recomenda que sejam utilizadas formas adequadas de linguagem, seja de sinais ou por vídeos, considerando as características individuais e culturais do paciente (CASTRO *et al.*, 2020). Desse modo, é mister ressaltar que há evidências sobre a menor escolaridade como fator diretamente relacionado com a dificuldade de compreensão do termo (MIRANDA, 2009).

Em uma análise jurídica do caso, observou-se que de 70 casos julgados entre 2014 e 2016 nos tribunais do Brasil, 50% dos profissionais da saúde condenados não tinham Termo de Consentimento comprovado, denotando sua evidente importância jurídica (MANZINI *et al.*, 2020). Em outra pesquisa, realizada no Estado do Rio de Janeiro, foram analisados 269 Recursos Cíveis Indenizatórios tendo por objeto supostos erros médicos. Dentre os casos analisados, 194 geraram absolvição, sendo que entre

condenações, cinco delas foram identificadas como necessariamente relacionadas a falta de consentimento do paciente, mais uma vez ressaltando sua importância (SIMÕES, 2010).

Importante ressaltar que o médico responde subjetivamente comprovado dolo ou culpa por negligência, imperícia ou imprudência. A negligência surge como erro técnico, por ausência de ações e medidas adequadas, a imperícia em casos em que o profissional atua para além da sua capacitação técnica, e, a imprudência quando o profissional causa uma ação negativa por não ter cautela prévia. O erro pode ser afastado quando observada causa de iatrogenia, que seja, consequências e danos colaterais possíveis dentro da prática médica e do procedimento adotado, mas imprevisíveis em um primeiro momento (GONÇALVES, 2020). Nesse mesmo sentido tem entendido o Superior Tribunal de Justiça condenando profissionais da saúde em caso de existir consentimento apenas genérico (STJ, 2022)³.

Portanto, faz-se necessário que antes mesmo da redação do termo e da efetivação da inversão médica, sejam feitas investigações e exames de cautela para análise individualizada do paciente, ressaltada a atuação do ato médico em relação aquilo que estiver fora da literatura médica (CORDEIRO, 2013), até mesmo para que sejam considerados os melhores momentos e melhores técnicas. Também, deve-se levar em consideração que pacientes em estado crítico possuem opiniões influenciadas pela sua vulnerabilidade emocional (RODRIGUES; JUNGES, 2017).

Todos esses elementos relacionados à estrutura do termo e consentimento do paciente conduzem a relação entre a linguagem e sua acessibilidade dentro da compreensão do paciente. Nesse sentido, uma pesquisa analisou 793 (setecentos e noventa e três) termos de consentimento propostos em hospitais públicos e privados e seu percentual de adesão. Não foram encontradas influências dos fatores sociais como gênero e idade no percentual de adesão, mas sim uma maior adesão em instituições públicas e

³ Resp n. 1.848.862/RN, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 5/4/2022, Dje de 8/4/2022.

em procedimentos com menor risco. Também, a pesquisa analisou a redação dos termos e concluiu terem redações bastante técnicas e de difícil compreensão para leigos (CECCONELLO *et al.*, 2013).

Pensando nas dificuldades em geral que podem ser causadas para leigos, pondera-se sobre as dificuldades causadas para imigrantes recebidos no Brasil que tem como língua materna outra que não o português. Portanto, analisa-se uma pesquisa com 60 imigrantes cubanos residentes há mais de três meses em um município de médio porte do Estado de São Paulo. Em um primeiro momento, observou-se o acesso a procedimentos médicos e odontológicos. Ainda, apenas 70% dos entrevistados conheciam o direito ao consentimento, sendo que dos 35 pacientes que obtiveram tratamento odontológico, apenas 12 assinaram um documento de consentimento. Também, cerca de metade dos entrevistados relataram terem recebido informações de consentimento de forma oral. Ainda, ressalta o desconhecimento da natureza e importância do termo por parte dos próprios profissionais de saúde, por acreditarem tratar-se de um documento jurídico e técnico (GARBIN, 2021).

Em uma outra situação, foram avaliadas as reações dos pacientes ao lerem o Termo de Consentimento em casos de procedimento eletivos, que seja, opcionais e não considerados urgentes. Aqueles que tinham esperado por mais tempo pelo procedimento ou já tinham feito similares antes demonstraram mais indiferença, enquanto aqueles que possuíam maiores comorbidades ou nunca tinham feito procedimento similares demonstraram maior resignação (AMORIM, 2018).

Ainda, em amostra de 374 (trezentos e setenta e quatro) pacientes de procedimento cirúrgicos realizados em 2014, evidenciou-se que apesar de 59,6% concordarem que o termo possuía linguagem simples, apenas 44,7% afirmaram terem compreendido totalmente o documento. Além disso, observou-se que apenas 37% dos pacientes receberam uma cópia do documento, sendo que alguns deles relataram terem recebido o documento para assinar diretamente das mãos da secretária (CAREGNATO *et al.*, 2016).

Em um estudo de caso mais específico sobre a linguagem utilizada no termo médico observou-se que existem palavras técnicas que precisam ser esclarecidas oralmente pelo médico por serem impossíveis de substituição, mas também consistiram em obstáculos para a plenitude da compreensão da linguagem (FERNANDES, 2015). E por fim, sobre a variedade de idiomas entre os migrantes, é preciso ressaltar que nem mesmo aquelas de origem similar como o espanhol podem ser descartadas como um fator de interferência na comunicação, uma vez que a comunicação pode ser prejudicada pelas generalizações e simplificações errôneas advindas da falsa similaridade (KIPPER, 2012).

4. Saúde e migrações: acessibilidade

Ao falar de migrações, saúde e poder de escolha do paciente é preciso pensar na estrutura de poder que rege as relações sociais na América Latina. Nesse sentido, Quijano (2001) esclarece a hegemonia europeia como um ideal autocentrado que foi imposto no processo de colonização da América. A postura dos colonizadores e detentores do poder de decisão partiriam do conceito de uma suposta ideia de superioridade, reforçada durante os séculos XIX e XX como advinda da modernização. Os países dominadores e os sujeitos possuidores do poder se auto definem como mais desenvolvidos. O processo de idealizar e impor sua visão de mundo teria sido uma das razões por existir a rejeição dos povos nativos e estrangeiros que não se enquadraram no padrão europeu, visto como indesejáveis.

Importante ressaltar que as próprias noções da bioética, relações humanas, diálogo com a questão migratória na América Latina e suas noções epistemológicas estão embebidas nessa construção de poder entre as pessoas, rejeição do diferente e imposição de ideais. Nesse sentido, entendem Nascimento e Garrafa: "É a Conquista do continente americano, sobretudo da América Latina, que dá sustentação política, econômica, moral e epistemológica para o nascimento e a consolidação da Modernidade (2011, p. 290)".

Se por um lado a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (2005) ressalta a importância da solidariedade como base da bioética, o movimento decolonial atenta-se para a visão utilitarista contida nas decisões sobre saúde. Ocorre que, pensar em solidariedade e em atender o paciente não poderia servir apenas para um fim em si mesmo, afinal, o pensar pelo outro ou no que seria melhor para ele sem considerar suas vontades, pode ser visto como um resquício da colonialidade do poder (NASCIMENTO; GARRAFA, 2011). Passa-se então a questionar se há autonomia no que diz respeito à individualidade ou apenas uma responsabilização moral (MARTINS, 2004), questão que se pretende responder no decorrer deste artigo.

4.1 Migrações no Brasil e saúde para além do aspecto sanitário

Conforme dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados e ONU, aproximadamente 3% da população mundial é migrante, importante destacar que os números duplicaram nos últimos 10 (dez) anos (UNHCR, 2021). Ainda, é preciso ressaltar que a migração é um direito humano, reconhecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos, mas também é uma necessidade (PEREIRA, 2014). Nesse sentido, a Organização Internacional para as Migrações – OIM reconhece a migração como um processo de transporte de pessoas entre fronteiras estatais causada por diversos motivos (OIM, 2009).

Uma vez observada a pertinência em focar no atendimento a migrantes, é preciso compreender a intrínseca relação jurídica e de políticas públicas presente na relação entre migração e questões de saúde. Primeiro, importante mencionar que em nível mundial, o Brasil é Signatário da Declaração de Astana de 2018, na qual concordou em fortalecer e universalizar a cobertura de saúde, empoderando seus usuários (WHO, 2018). Também, é signatário do Regime Sanitário Internacional de 1969, documento de natureza cogente e orientador sobre as políticas de saúde entre fronteiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Seguindo essas orientações, a Polícia Federal registrou a entrada de 1.085.673 imigrantes nos

anos de 2011 a 2019, considerando todas as formas de entrada legais, o que demonstra uma intensa atividade migratória e pertinência do tema (OBMIGRA, 2020).

Deve-se recordar que em março de 2020 a OMS – Organização Mundial de Saúde – decretou pandemia por conta do rápido espalhamento e letalidade do vírus SARS-COV-19 (CASCELLA *et al.*, 2020). A instabilidade política e a pandemia que situava os anos de 2018 a 2021 foi empecilho ao estímulo ao processo migratório, as dificuldades no acesso ao saneamento básico, deslocamento e saúde aparecem como fatores estigmatizantes desse processo. Nesse sentido, o relatório **Integrando a Migração na resposta socioeconômica à COVID-19** criou um guia de implementação de políticas públicas voltadas ao estímulo aos migrantes e sua recepção (OIM, 2020).

Em nível nacional, a Lei de Migração assegura o direito à saúde pública (BRASIL, 2017), bem como, o art. 5º, caput, da Constituição Federal confere a todos os seres humanos igualdade perante a lei (BRASIL, 1988). Porém, o direito ainda esbarra em questões burocráticas (OIM, 2018), resistências em seu acesso, como na tentativa do Município de boa Vista em restringir o número de atendimentos a migrantes (TJRR, 2020) e acentuado contágio pela COVID-19 (TOMAZI *et al.*, 2020).

Não obstante, no que diz respeito ao atendimento de médicos e profissionais da saúde em geral, observa-se falhas na comunicação e compreensão cultural por ambas as partes (BARRETO *et al.*, 2019).

4.2 Saúde como direito e o necessário consentimento

Conceituada em um primeiro momento como situação de ausência de doenças, a "saúde" durante o século XX adquiriu um escopo público, sendo vista em sua dimensão econômica, social e ambiental, e mesmo a saúde social divide-se em financeira, mental, profissional, espiritual e biológica (RÉ, 2021).

No Brasil a saúde é aplicada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/90, instrumento de

aplicação da competência solidária entre Municípios, Estados e União em prol da saúde. Esses mecanismos se apresentam por meio da criação de unidades de atendimento primário, em demandas gerais, e secundário, para situações de urgência e emergência (BRASIL, 1990b).

A saúde nessa perspectiva é tida como um direito fundamental subjetivo que precisa observar as peculiaridades da população, mas por meio de atendimento universal e gratuito (RÉ, 2021). Nesse sentido, o STF reconheceu o acesso à saúde como componente do mínimo existencial que não pode ser afastada por alegação de restrições financeiras (STF, 2013). Em momento posterior, foi decidido pelo Tema 173, com repercussão geral, que qualquer residente do país teria acesso a esse direito, conforme art. 203, inciso V, da Constituição Federal (STF, 2017).

No Relatório Anual da OBMIGRA também foi observado dificuldade para o acesso à saúde em questão do idioma, entraves culturais, restrição de atendimento em horário comercial e demora no atendimento (COLLARES, 2021). Nesse sentido, pode-se observar que a questão da linguagem acessível está sempre presente nas demandas de saúde e políticas públicas.

Em uma pesquisa com 16 profissionais da saúde, dentre estes médicos e enfermeiros, observou-se que eles percebiam um desconhecimento significativo por parte dos migrantes atendidos acerca das Unidades de Saúde Pública. Alguns pacientes reclamaram não poder sair de seus trabalhos para se consultarem, pois, seus vínculos são informais. Em síntese, as maiores dificuldades encontradas pelos pacientes foram: o preconceito, a comunicação, o despreparo dos profissionais e aspectos socioeconômicos, educativos e culturais. A língua mais uma vez apareceu como barreira para a realização de diagnóstico e orientações para fins de compreensão e consequente consentimento (BARRETO, 2019).

Então, é mister compreender a questão da integração cultural e preconceito por parte dos profissionais. Em um estudo sobre migrantes haitianos observou-se haver uma múltipla discriminação, por questões socioeconômica e necessidade de o paciente utilizar de políticas públicas, mas também por causa

do racismo estrutural (MOREIRA, 2020). Sobre o idioma, deve-se mencionar que houve reclamação de profissionais da saúde sobre o não fornecimento de capacitação aos profissionais do SUS (MOTIZUKI, 2017).

Nas políticas públicas e ação de profissionais da saúde notou-se haver, ainda, receio sobre a carga epidemiológica dos recém-chegados e possível propagação de doenças, o que mitiga a característica acolhedora da recepção. Essa desvantagem social e material advinda da estigmatização histórica configura uma situação denominada de vulnerabilidade (JARDIM, 2019).

Devido a essas circunstâncias de vulnerabilidade e em face dos princípios do SUS sobre a igualdade de assistência, direito à informação e divulgação de informações, ao ser conferido o consentimento por parte dos migrantes, é preciso atentar-se à linguagem acessível (BRASIL, 1990). Em uma análise sobre direito comparado, deve-se mencionar que em Portugal há orientação na lei de ética médica sobre a importância da tradução para língua estrangeira (JARDIM, 2019).

Por outro lado, nos EUA desde 2018 tem sido realizadas demandas coletivas de mulheres as quais afirmam terem sido vítimas de práticas médicas sem consentimento, 30 vítimas foram identificadas, 14 delas relataram sofrerem maus tratos em um Centro de Detenção na Geórgia, as pacientes afirmam terem sido submetidas a procedimentos invasivos como histerec-tomias, injeções contraceptivas e procedimentos ginecológicos, de modo a terem seu poder de reprodução aniquilado ou reduzido (SARMIENTO, 2021).

Observa-se que no Brasil não há respaldo legal direto para superar essa vulnerabilidade no consentimento e linguagem acessível. Mas também não foram encontradas denúncias diretas de violações como nos EUA. Apesar disso, existiu um intenso debate sobre a esterilização de migrantes e pobres no Brasil, principalmente em momentos como no Governo Vargas e no aspecto securitário de restrição da entrada migratória, não há evidências de leis ou ações diretas para tanto. Observa-se que os danos no que diz respeito a políticas públicas brasileiras para

saúde e consentimento de migrantes ocorrem por omissão e não por ação (SOUZA, 2020).

Ainda, no que diz respeito à responsabilidade dos profissionais da saúde, as boas práticas de comunicação entre profissionais e pacientes ainda não são vistas como plenas como pode-se notar nas pesquisas mencionadas até o presente ponto. Deve-se ressaltar que as boas práticas são vistas como benéficas para recuperação do paciente, evitando consequências psicológicas negativas e segurança para o profissional da saúde. Nesse sentido, mesmo aqueles pacientes em estado crítico, os quais são mais impactados em sua voluntariedade como mencionado anteriormente, tem o direito de escolha, plena e compreendida, o que só pode ocorrer a partir de uma linguagem acessível e individualizada (RAMOS, 2012).

Conclusão

Inicialmente, observou-se conceito e características do Termo de Consentimento como parte da técnica de medicina preventiva e direito à saúde dos pacientes; logo após, esclareceu o impacto da linguagem acessível a partir de um diálogo entre as formas escrita e oral, de modo a assegurar a manutenção da relação de confiança entre médico e paciente. E por fim, entendeu-se como as violações e lides jurídicas impulsionam o direito ao consentimento do paciente em sua autonomia e justiça para um atendimento o mais benéfico possível.

Após análise de pesquisas bibliográficas, leis e recomendação do Conselho Federal de Medicina é possível afirmar que: há normativas gerais no Brasil sobre o direito à saúde e o Termo de Consentimento, mas essas normas deixam de abordar aspectos técnicos de tradução, atendimento digital ou a considerar as diferenças culturais entre profissionais da saúde e pacientes. Também, sobre a situação de saúde dos migrantes, observa-se haver o acesso ao sistema público de saúde, porém, nem sempre essas pessoas são orientadas de forma adequada sobre seus direitos.

Ainda, no aspecto jurídico, foi observado a relação direta entre condenações médicas em casos de não realização de orientação adequada para consentimento. Deve-se ressaltar que não foram encontrados processos no Brasil que indiquem violações diretas a autonomia de migrantes como casos descobertos nos Estados Unidos, mas pesquisas apontaram para uma maior dificuldade em compreender a linguagem do documento, bem como incompreensão sobre como lidar com a diferença linguística e cultural pelos profissionais da saúde.

Ademais, destaca-se que a hipótese de que o Termo de Consentimento nem sempre ocorre de forma livre e prévia apresentou-se como coerente, uma vez que as pesquisas apontaram para o desconhecimento de migrantes sobre o direito ao consentimento e de forma mais ampla, majoritariamente os pacientes leigos denotaram não o compreenderem. Ressalta-se a dificuldade de compreensão evidenciada ante as vulnerabilidades individuais.

Por fim, tendo em vista perspectivas para o futuro e adequação da linguagem no Termo de Consentimento Médico visando a plenitude do direito à saúde de migrantes, é importante renovar a orientação do Conselho Federal de Medicina e sua publicização para profissionais e pacientes. A partir dessa nova redação é necessário ressaltar a necessidade de não se padronizar o documento de forma indiscriminada, pensando nas vulnerabilidades de cada paciente, também que os termos sejam entregues pelos profissionais da saúde que irá realizar o procedimento e não por terceiros, de modo a acompanhar cópias e esclarecimentos orais sobre eventuais termos técnicos.

Referências

AMORIM, A. C.; BRITO, L. G.O.; POLI-NETO, O.B.; SANTOS, L.G. T. dos. **How Does the Patient React After Reading the Informed Consent Form of a Gynecological Surgery? A Qualitative Study.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - 2018, v. 40, n. 02, p. 72-78.

BARRETO, M. S. et al. **Discurso de enfermeiros e médicos sobre a utilização do serviço de emergência por imigrantes.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, e20190003, 2019.

BARRETO, M. da S.; MAGINI, L. Y.Z.; MARCON, S.S.; Nascimento, D.G. do; OLIVEIRA, I.L.; VIEIRA, V.C. de L. **Discourse of nurses and doctors on the use of the emergency service by immigrants.** Escola Anna Nery [online]. 2019, v. 23, n. 3.

BOECHAT CABRAL, H.L.T. **Consentimento informado no exercício da medicina e tutela dos direitos existenciais: uma visão interdisciplinar** / Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral. Itaperuna: Gráfica e Editora Hoffmann, 2011.

BRASIL. **Constituição (1988).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 out. 1988.

BRASIL. **Lei n.º 13.445, 2017.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de set. de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia Prático para o Controle Sanitário de Viajantes** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria interministerial nº 661**, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2021. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/portarias/PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N%C2%BA_661_DE_8_DE_DEZEMBRO_DE_2021_ALTERADA_PELA_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N%C2%BA_662_DE_10_DE_DEZEMBRO_DE_2021.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.

CAREGNATO, R.C.A.; MELENDO, M. P.; SOUZA, E.N. de; VIEGAS, K. **Termo de consentimento informado: entendimento do paciente cirúrgico**. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2016, v. 29, n. 3, p. 291-297.

CASCELLA, M.; RAJNIK, M.; CUOMO, A.; DULEBOHN, S. C.; NAPOLI, R.Di. Features, **Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19)**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>. Acesso em: 01 set. 2021.

CASTRO, C.F.; QUINTANA, A.M.; OLESIAK, L. da R.; MUNCHEN, M.A.A.B. **Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde**. Revista Bioética [online]. 2020, v. 28, n. 3, p. 522-530.

CECCONELLO, A.H.G.; JACOB, C.E.; RODRIGUES, J.G.; SOUZA, M.K.; ZILBERSTEIN. **Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE): fatores que interferem na adesão**. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo) [online]. 2013, v. 26, n. 3, p. 200-205.

COLLARES, A.C. Migração e acesso à saúde no Brasil: Uma análise dos recursos municipais no atendimento à saúde dos migrantes. In: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. Série Migrações**. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021. p. 225 - 254.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de **Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM Nº 1/2016**. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012, publicada em junho de 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022.

CORDEIRO, Fernando. **Quais os cuidados antes da operação? Termo de consentimento sempre?** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões [online]. 2013, v. 40, n. 5, p. 354-356.

FERNANDES, N.C. **The writing of informed consent in accessible language: difficulties**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões [online]. 2015, v. 42, n. 3 p. 197-199.

GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I.; SALIBA, T.A.; TELLÉZ, M.E.P. **Percepción de los inmigrantes: consentimiento informado y acceso a servicios de salud**. Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 3, p. 600-605.

GODINHO, A.M., LANZIOTTI, L.H.; MORAIS, B.S. de. **Termo de consentimento informado: a visão dos advogados e tribunais**. Revista Brasileira de Anestesiologia [online]. 2010, v. 60, n. 2, p. 207-211.

GONÇALVES, A.M. da S. A responsabilidade civil do médico e os documentos médicos preventivos. **Revista de Direito Médico e da Saúde: doutrina, legislação, jurisprudência**. VEM MAIS EDITORAÇÃO: Brasília, n. 21. jul. 2020. 164p.

JARDIM, S.V. **Reflexos legais da condição de vulnerabilidade no acesso a cuidados de saúde: o caso dos migrantes**. Anais do IHMT, 2019. Cooperação internacional. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/275/227>. Acesso em: 26 ago. 2022.

KIPPER, E. **Aquisição de segunda língua em contextos de bilinguismo societal** / Second language acquisition in the context of societal bilingualism. *Letrônica* v. 5, n. 3, p. 88-102, julho/dezembro 2012.

MANZINI, M.C.; MACHADO, C. D'A.S.; CRIADO, P. R. **Termo de consentimento informado: impacto na decisão judicial**. *Revista Bioética* [online]. 2020, v. 28, n. 3, p. 517-521.

MARTINS, A. **Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health**, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 8, n. 14, p. 21-32, set. 2003-fev. 2004.

MINOSSI, J.G. **O consentimento informado: Qual o seu real valor na prática médica?** *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias* [online]. 2011, v. 38, n. 3, p. 198-201.

MIRANDA, V. C. et al. **Como consentir sem entender?** *Revista da Associação Médica Brasileira* [online]. 2009, v. 55, n. 3, p. 328-334.

MOREIRA, A.J. **Tratado de Direito Antidiscriminatório**. São Paulo: Editora Contracorrente, 2020.

MOTIZUKI, K. R.N. **Atenção à saúde dos migrantes haitianos na visão de trabalhadores e gestores em Cuiabá**, Mato Grosso. 2017. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Cuiabá, 2017.

NASCIMENTO, W. F. do; GARRAFA, V. **Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade**. *Saúde e Sociedade* [online]. 2011, v. 20, n. 2, p. 287-299.

Observatório das Migrações Internacionais – OBMIGRA. **RESUMO EXECUTIVO - RELATÓRIO ANUAL DO OBMIGRA, 2020**. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorio-anual/2020/Resumo%20Executivo%20_Relat%C3%B3rio%20Anual.pdf. Acesso em: 31 mar. 2022.

OIM. **GLOSSÁRIO sobre Migrações** (Direito Internacional da Migração, nº 22)-2019. Disponível em <http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml22.pdf>. Acesso em: 27 maio 2021.

OIM. **Integrando A Migração Na Resposta Socioeconômica À Covid-19- Um conjunto de ferramentas para parceiros de desenvolvimento**. Suíça, 2020.

OIM. **Protocolo De Assistência A Migrantes Em Situação De Vulnerabilidade**. 2018a. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/GLO-ACT/OIM_Protocolo_1.pdf. Acesso em: 28 jun. 2021.

PEREIRA, G. de L. **Direitos Humanos e migrações forçadas [recurso eletrônico]: introdução ao direito migratório e ao direito dos refugiados no Brasil e no mundo**. Dados eletrônicos – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2019. 120p.

QUIJANO, A. 2001. **Colonialidad del poder, globalización y democracia**. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ano 4, n.º 7 e 8.

RAMOS, N. **Comunicação em saúde e interculturalidade : perspectivas teóricas, metodológicas e práticas**. "Reciis" [Em linha]. ISSN 1981-6278. Vol. 6, nº 4 (Dez. 2012), p. 1-19.

RÉ, A.I.M.R. **Direitos Difusos e Coletivos para Defensoria Pública** – 2ed. São Paulo: Editora JusPodivm, 2021, p. 63-126.

REZENDE, E.J.C.; TAVARES, E.C. SOUZA, C. de; MELO, M. do C. B. de. **Telessaúde: confidencialidade e consentimento informado**. Rev. méd. Minas Gerais ; 23, jul.-set. 2013.

RODRIGUES, E. M.; JUNGES, J. R. **Traqueostomia no doente crítico na era do consentimento livre e esclarecido**. Revista Bioética [online]. 2017, v. 25, n. 3, p. 502-511.

RORAIMA. Tribunal de Justiça – TJ RR. **Ação Direta de Inconstitucionalidade: Adin 9000025-43.2020.8.23.0000**. Relator: Des. Almiro Padilha, 09 mar. 2020. Disponível em: <https://tj-rr.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/823517956/acao-direta-deinconstitucionalidade-adin-90000254320208230000-9000025-4320208230000/> inteiro-teor-823517976?ref=juris-tabs. Acesso em: 25 ago. 2020.

SARLET, I.W. **Dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SARMIENTO, É. A captura dos corpos descartáveis nas fronteiras. As migrações forçadas, as políticas estadunidenses e a América Latina. **Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD**, [S. l.], v. 10, n. 20, p. 410–431, 2021. DOI: 10.30612/rmufgd.v10i20.14450.

SILVA, G. J; CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T; COSTA, L. F. L; MACEDO, M. **Refúgio em Números, 6ª Edição**. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Comitê Nacional para os Refugiados. Brasília, DF: OBMigra, 2021.

SIMÕES, L.C.S. **Consentimento informado: o desafio médico-jurídico de nossos dias**. Revista Brasileira de Ortopedia [online]. 2010, v. 45, n. 2, p. 191-195. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-36162010000200015>. Acesso em: 25 ago. 2022.

SOUZA, G.B. et al. **Pandemia e imigração: famílias haitianas no enfrentamento da COVID-19 no Brasil**. Escola Anna Nery, n. 24, 2020.

SOUZA, V. S. de; CARVALHO, L.D. de. Os genes indesejados: os debates sobre a esterilização eugênica no Brasil (Artigo). **Café História**. Publicado em: 8 mar. 2021.

STF - **RE: 642536 AP**, Relator: Min. LUIZ FUX, Data de Julgamento: 05/02/2013, Primeira Turma, Data de Publicação: ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-038 DIVULG 26-02-2013 PUBLIC 27-02-2013.

STF- Supremo Tribunal Federal. **Resp n. 1.848.862/RN**, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 5/4/2022, Dje de 8/4/2022.

STF. **RE 587970**. Tema 173: Concessão de benefício assistencial a estrangeiros residentes no Brasil. Órgão julgador: Tribunal Pleno. Relator(a): Min. MARCO AURÉLIO. Julgamento: 20/04/2017. Publicação: 22/09/2017.

TJ-RR. **ADin: 90000254320208230000 9000025-43.2020.8.23.0000**, Relator: Des., Data de Publicação: DJe 11/03/2020.

TOMAZI, M.; MARTINI, S.R.; CROOPE, S.V. **Covid-19: Respostas Da Comunidade Internacional X Os Relatos Sobre Saúde Dos Migrantes**. Revista Relações Internacionais do Mundo Atual Unicuritiba. Centro Universitário Curitiba - Unicuritiba - Volume 3 - Número 28/2020 - Curitiba/Paraná/Brasil – p. 247 a 268.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES-UNHCR. **Global Trends Forced Displacement in 2021**. Copenhagen: 2021.

World Health Organization-WHO; United Nations Children's Fund. **Declaration of Astana**, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2022.