



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AMPUTAÇÃO PARCIAL DE PENIS		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A amputação parcial do pênis (penectomia parcial) é o procedimento cirúrgico que consiste na remoção de uma porção do órgão genital masculino. Esta cirurgia é indicada para o tratamento de neoplasia maligna (câncer de pênis) em estágios localizados, quando a lesão tumoral compromete parte do órgão, porém sem invasão total, permitindo a preservação de um coto peniano funcional. Também pode ser indicada em casos de traumatismo peniano grave com inviabilidade de reconstrução, gangrena de Fournier ou outras condições infecciosas necrosantes extensas que exijam desbridamento cirúrgico radical.

2. BENEFÍCIOS, PROBABILIDADE DE SUCESSO E RISCOS DO NÃO TRATAMENTO

O principal benefício da amputação parcial do pênis é o controle oncológico definitivo da neoplasia diagnosticada, com altas taxas de cura quando a doença é identificada e tratada precocemente, preservando a funcionalidade miccional através da manutenção do coto peniano e permitindo a micção em posição ortostática (em pé). A não realização do procedimento, quando indicado, acarreta riscos graves como a progressão do tumor com invasão de estruturas vizinhas (corpo cavernoso, uretra, escroto e parede abdominal), comprometimento linfonodal regional (metástases inguinais), risco de metástases à distância, necessidade futura de amputação total com perda completa da função urinária em pé, e óbito por complicações da doença avançada.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

As alternativas à cirurgia dependem do estadiamento e das características específicas da lesão em cada paciente. Em casos de tumores superficiais e muito localizados, podem ser consideradas opções preservadoras de órgão, como a excisão local (cirurgia conservadora), a laserterapia com CO₂, a criocirurgia, a radioterapia externa ou braquiterapia, e a quimioterapia tópica. Contudo, para lesões invasivas que comprometem estruturas mais profundas da glândula ou do corpo do pênis, a amputação parcial permanece como o tratamento padrão e com maior chance de cura definitiva.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

A cirurgia é realizada sob anestesia geral ou raquianestesia, através de incisão circunferencial ao redor do pênis, com secção dos corpos cavernosos e da uretra esponjosa, preservando o máximo possível de tecido saudável. O coto uretral é exteriorizado e suturado à pele para permitir a micção. Embora a equipe médica utilize técnicas avançadas para minimizar intercorrências, o paciente deve estar ciente dos seguintes riscos:

- Hemorragia e Sangramento: Risco de sangramento durante ou após a cirurgia, podendo necessitar de reintervenção imediata ou transfusão sanguínea.
- Infecção: Risco de infecção na ferida operatória, que pode se manifestar por calor, vermelhidão, saída de secreção purulenta ou abscesso local.
- Deiscência dos Pontos da Sutura: Abertura da ferida operatória antes da cicatrização completa, podendo atrasar a recuperação e exigir curativos prolongados.
- Hematoma e Edema no Coto Peniano e/ou Escroto: Acúmulo de sangue no local cirúrgico com inchaço local, que geralmente regride espontaneamente, mas pode necessitar drenagem.
- Estenose do Meato Uretral: Estreitamento da abertura da uretra no coto peniano, podendo causar dificuldade para urinar (jato fraco, esforço miccional), requerendo dilatações periódicas ou procedimentos cirúrgicos corretivos futuros.
- Recidiva Tumoral Local: Possibilidade de retorno do tumor no coto peniano remanescente, especialmente em margens cirúrgicas comprometidas, podendo exigir nova ressecção ou amputação total.
- Disfunção Miccional: Alterações no padrão urinário, como jato desviado, respingos ou necessidade de urinar sentado.

- Alterações da Sensibilidade: Perda parcial ou total da sensibilidade no coto peniano remanescente devido à secção de terminações nervosas.
- Dificuldade ou Impossibilidade de Penetração Vaginal: Encurtamento significativo do pênis que pode inviabilizar a atividade sexual penetrativa, dependendo do tamanho do coto preservado.
- Comprometimento Estético e Psicológico: Impacto na autoimagem, autoestima e função sexual, podendo requerer acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.
- Necessidade de Reoperações: Possibilidade de procedimentos adicionais para correção de complicações (estenose, recidiva, problemas estéticos).
- Linfedema de Membros Inferiores: Em casos com comprometimento linfonodal que exijam linfadenectomia inguinal associada.
- Metástases e Óbito: Apesar do tratamento cirúrgico, existe a possibilidade de evolução desfavorável da doença de base com progressão metastática e óbito, especialmente em estágios avançados.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à vascularização do pênis, suprido pelos corpos cavernosos que são estruturas altamente vascularizadas, existe o risco de sangramento significativo durante a cirurgia que pode necessitar de transfusão sanguínea. Os benefícios da transfusão incluem a manutenção da oxigenação dos órgãos e da pressão arterial. Os riscos envolvem reações alérgicas ou febris e, raramente, transmissão de infecções. Como alternativa, podem ser utilizados expansores plasmáticos ou medicamentos estimuladores da produção de hemácias, embora estas alternativas não substituam completamente a capacidade de transporte de oxigênio do sangue total em situações de perda volêmica significativa.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

Após a amputação parcial do pênis, o paciente poderá permanecer com sonda vesical (cateter urinário) por alguns dias para permitir a cicatrização adequada da anastomose uretral. O período de internação varia conforme a extensão da cirurgia e as condições clínicas, geralmente entre 24 e 48 horas. É fundamental o repouso relativo, evitar esforços físicos, atividade sexual e manipulação excessiva do coto por período determinado pelo médico. O acompanhamento ambulatorial com exames de imagem e avaliação clínica periódica é obrigatório para vigilância oncológica no pós-operatório imediato e tardio.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

O procedimento requer anestesia geral ou raquianestesia (anestesia regional), que possuem riscos próprios como reações alérgicas, complicações respiratórias e cardiovasculares. O médico anesthesiologista avaliará o paciente previamente para minimizar tais riscos. Durante a cirurgia, podem ser utilizados materiais especiais como bisturi elétrico (eletrocautério) para hemostasia, fios de sutura absorvíveis e não absorvíveis específicos para anastomose uretral, cateter vesical de Foley para derivação urinária, e drenos de sucção quando necessário.

8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

Compreendo e recebo a garantia de que toda a atuação desses profissionais em formação ocorrerá sempre sob a supervisão e responsabilidade de um médico assistente ou preceptor titular, assegurando que o meu cuidado seja conduzido com os mais altos padrões de qualidade e segurança.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada



ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes. Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe. Consinto, portanto, ao médico assistente a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento. Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.

Direito de Recusa Parcial: Compreendo que possuo o direito inalienável de consentir de forma parcial com o plano terapêutico proposto. Sendo assim, declaro que autorizo a realização do procedimento descrito neste documento e que qualquer exceção será feita de forma expressa e irrevogável a tratamentos ou condutas por mim em documento em anexo, quando assim eu recusar.

Fui exaustiva e claramente informado(a) pelo meu médico assistente sobre os riscos, as implicações clínicas e os potenciais prejuízos ao sucesso do meu tratamento, recuperação ou mesmo risco à vida decorrentes da não realização específica destes atos recusados. Compreendo plenamente as consequências dessa limitação ao escopo do tratamento e assumo integral responsabilidade por esta decisão, isentando a equipe médica e a instituição hospitalar por eventuais complicações que decorram diretamente desta recusa parcial.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*.