

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ARTRODESE DE COLUNA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

O procedimento de Artrodese de Coluna consiste na fusão cirúrgica de duas ou mais vértebras, utilizando enxerto ósseo e, frequentemente, implantes metálicos para criar uma união sólida entre os segmentos ósseos. Esta intervenção é indicada para o tratamento de condições que comprometem a estabilidade mecânica ou a integridade estrutural da coluna vertebral, tais como discopatia degenerativa, instabilidade segmentar, espondilolistese (deslizamento de uma vértebra sobre a outra), estenose de canal grave, fraturas vertebrais ou deformidades progressivas (escoliose ou cifose).

O objetivo primordial da cirurgia é eliminar o movimento anormal e doloroso entre as vértebras afetadas, promovendo a estabilização da região e, quando necessário, a descompressão de estruturas nervosas que possam estar sendo comprimidas.

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

Os benefícios esperados incluem a estabilização mecânica da coluna, o alívio ou redução significativa da dor crônica de origem mecânica, a prevenção de danos neurológicos adicionais e a melhora substancial na capacidade funcional e qualidade de vida do paciente. A probabilidade de sucesso na obtenção da fusão óssea e estabilização é elevada com as técnicas modernas; entretanto, a resposta biológica é individual e não se pode garantir a eliminação completa de toda e qualquer dor, uma vez que processos degenerativos em outros níveis ou dores residuais neuropáticas podem persistir.

A recusa ao tratamento proposto (riscos do não tratamento) pode acarretar a progressão da instabilidade e da dor, o agravamento da compressão de raízes nervosas ou da medula espinhal e o surgimento de déficits neurológicos progressivos, como perda de força muscular, dormência permanente, disfunção de esfíncteres (controle de urina e fezes) ou, em casos extremos, paralisia dos membros, além de limitação funcional irreversível.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação cirúrgica, foram consideradas ou tentadas alternativas conservadoras, que incluem:

1. Tratamento Conservador: Fisioterapia motora, reabilitação física, uso de analgésicos, anti-inflamatórios e medicamentos para dor neuropática, além de infiltrações ou bloqueios de coluna para controle sintomático.
2. Modificação de Estilo de Vida: Perda de peso, cessação do tabagismo (fator crítico para a fusão óssea) e adaptação de atividades laborais ou físicas.
3. Alternativas Cirúrgicas: Procedimentos de descompressão isolada (como laminectomia ou discectomia sem fusão). Embora apresentem uma recuperação inicial mais célere, estas opções podem não tratar a instabilidade mecânica subjacente, podendo resultar em recorrência dos sintomas ou desenvolvimento de deformidades futuras que exigiriam cirurgias mais complexas.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

A cirurgia é realizada sob anestesia geral. O acesso à coluna pode ser feito por via posterior (costas), anterior (frente) ou lateral, conforme a necessidade técnica. O procedimento envolve a remoção do disco intervertebral ou osso danificado, seguida da colocação de enxerto ósseo e/ou implantes metálicos (parafusos pediculares, hastes, placas ou espaçadores denominados *cages*) para manter as vértebras fixas até que ocorra a consolidação óssea definitiva.

Apesar da diligência técnica, o paciente declara estar ciente dos seguintes riscos:

- Infecção: Pode ocorrer no sítio cirúrgico, de forma superficial ou profunda, podendo atingir os implantes e exigir tratamento prolongado com antibióticos ou novas cirurgias.
- Sangramento e Hematoma: Acúmulo de sangue que pode pressionar nervos e exigir drenagem cirúrgica de urgência.
- Pseudoartrose: Falha na consolidação do enxerto ósseo, o que pode gerar dor persistente e necessidade de reoperação.
- Lesão Neurológica: Risco de lesão em raízes nervosas ou medula, resultando em fraqueza, dormência, dor neuropática crônica ou, raramente, paralisia.
- Fístula Liquórica: Ruptura accidental da membrana que envolve os nervos (dura-máter), causando vazamento de líquido cefalorraquidiano, o que pode gerar cefaleia intensa e demandar reparo cirúrgico.
- Falha do Material: Quebra, soltura ou migração de parafusos, hastes ou *cages*.
- Síndrome do Segmento Adjacente: Desgaste acelerado das vértebras vizinhas à área fundida devido à transferência de carga mecânica.
- Eventos Tromboembólicos: Trombose venosa profunda e embolia pulmonar.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à complexidade e extensão da artrodese de coluna, pode ocorrer perda sanguínea significativa durante o ato operatório. O paciente autoriza, desde já, a realização de transfusões de sangue ou hemoderivados caso o médico assistente julgue necessário para a preservação da vida ou manutenção da estabilidade hemodinâmica. Tais procedimentos seguem rigorosos testes de compatibilidade e triagem de infecções, embora riscos mínimos de reações alérgicas ou transmissão de patógenos existam, apesar de extremamente raros na prática atual.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O período de internação hospitalar varia habitualmente entre 2 a 5 dias. A reabilitação inicia-se precocemente com a mobilização no leito e caminhadas assistidas. Durante os primeiros meses, o paciente deverá observar limitações rigorosas, como evitar dobrar, girar o tronco ou carregar pesos. O uso de coletes ou órteses poderá ser prescrito. O retorno às atividades é gradual, podendo levar de 3 a 12 meses para a consolidação óssea completa.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais e por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo,

incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento;

8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(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;

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.

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)*