

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ARTROPLASTIA DE JOELHO		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

O diagnóstico estabelecido para o caso em tela é de osteoartrose (artrose) severa de joelho, podendo estar associada a quadros de artrite reumatoide ou osteonecrose. Esta condição caracteriza-se pelo desgaste profundo da cartilagem articular, o que resulta no atrito direto entre as superfícies ósseas do fêmur e da tíbia. Tal patologia manifesta-se clinicamente através de dor intensa, deformidades progressivas no alinhamento do membro e limitação funcional severa para atividades cotidianas.

A cirurgia indicada é a Artroplastia Total de Joelho, procedimento reconstrutivo que visa substituir as superfícies articulares danificadas por componentes protéticos de alta tecnologia (metálicos e polietileno). O objetivo primordial é o restabelecimento da função mecânica da articulação e a eliminação da dor de origem degenerativa. Esclarece-se, para fins de precisão técnica, que este procedimento é estritamente articular no joelho, não guardando qualquer relação com cirurgias de coluna ou outros segmentos corporais.

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

Os benefícios esperados incluem o alívio ou eliminação da dor crônica, a correção de deformidades angulares (como o joelho arqueado para fora ou para dentro — varo ou valgo), a restauração da mobilidade e a melhora significativa da marcha, permitindo o retorno à independência funcional. Embora as taxas de sucesso clínico sejam estatisticamente elevadas, a medicina não é uma ciência exata; a resposta biológica é individual e não se pode garantir a eliminação de 100% de todo e qualquer desconforto residual. Ressalta-se ainda que a prótese possui uma vida útil limitada, sujeita ao desgaste natural ao longo dos anos.

A recusa ao tratamento proposto implica na progressão natural da doença, o que acarreta o aumento da dor e da rigidez articular, atrofia muscular por desuso, dependência crescente de auxílios externos para locomoção e possíveis sobrecargas compensatórias na coluna lombar e no quadril oposto, degradando severamente a qualidade de vida do paciente.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Existem alternativas terapêuticas que foram consideradas, cada qual com suas indicações e limitações:

- Tratamentos não cirúrgicos: Fisioterapia, reabilitação física, uso de analgésicos e anti-inflamatórios, infiltrações intra-articulares (corticosteroides ou ácido hialurônico), controle de peso e uso de órteses ou bengalas. Estas medidas visam o controle dos sintomas, mas não reconstroem a cartilagem perdida.
- Alternativas cirúrgicas: Osteotomias (indicadas para pacientes jovens com desgaste unicompartimental), artroscopia (com eficácia limitada em casos de artrose avançada) ou artroplastia parcial (unicompartimental). A escolha pela artroplastia total baseia-se na extensão do dano articular presente.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento é realizado sob anestesia (geralmente bloqueio raquidiano ou peridural associado a sedação). Através de uma incisão frontal no joelho, o cirurgião remove as partes danificadas do fêmur, tíbia e, se necessário, da patela. As superfícies ósseas são preparadas com guias de precisão

para a fixação dos componentes metálicos e plásticos, utilizando-se cimento ósseo acrílico para garantir a estabilidade primária dos implantes.

Como em qualquer ato cirúrgico de grande porte, existem riscos que, embora minimizados por protocolos de segurança, podem ocorrer:

- Infecção periprotética: Complicação grave que pode exigir tratamento prolongado, novas cirurgias ou a remoção temporária da prótese.
- Eventos tromboembólicos: Trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar, riscos inerentes a cirurgias ortopédicas de membros inferiores.
- Rigidez articular (Artrofibrose): Cicatrização excessiva que limita o movimento, podendo exigir manipulação sob anestesia.
- Lesão neurológica ou vascular: Dano accidental a nervos ou vasos sanguíneos adjacentes, podendo causar dormência ou fraqueza motora.
- Soltura asséptica: Falha na integração ou desgaste dos componentes ao longo do tempo, o que pode demandar uma cirurgia de revisão.
- Riscos gerais: Sangramento, hematoma, dor persistente e riscos inerentes ao ato anestésico.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à natureza dos cortes ósseos e à liberação de tecidos moles, pode ocorrer perda sanguínea significativa. Caso a equipe médica julgue necessário para a segurança vital e estabilidade hemodinâmica, poderá ser realizada a transfusão de sangue ou hemoderivados. Todos os produtos sanguíneos passam por rigorosa triagem e testes de compatibilidade, embora existam riscos mínimos de reações alérgicas ou transmissão de infecções raras.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O período de internação hospitalar varia habitualmente entre 2 a 4 dias. A reabilitação fisioterápica inicia-se precocemente, muitas vezes no primeiro dia pós-operatório, com treino de marcha assistida por andador ou muletas. O paciente deverá seguir rigorosamente a prescrição de analgésicos e anticoagulantes para prevenir trombose.

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)*