

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

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A condição clínica que justifica o procedimento proposto é o desgaste severo da articulação do quadril, podendo ser decorrente de osteoartrose (coxartrose), artrite reumatoide, osteonecrose da cabeça femoral ou fratura do colo do fêmur. Esta patologia caracteriza-se pela destruição da cartilagem articular, o que resulta no atrito direto entre a cabeça do fêmur e o acetábulo (osso da bacia), causando dor intensa na região da virilha ou coxa, deformidade, encurtamento do membro e grave limitação de movimentos cotidianos.

A cirurgia indicada é a Artroplastia Total de Quadril, que consiste na substituição das superfícies articulares danificadas por componentes protéticos de alta tecnologia (metálicos, cerâmicos ou de polietileno). O objetivo principal é restabelecer a função mecânica da articulação e eliminar a dor crônica. Esclarece-se, para fins de precisão diagnóstica, que este procedimento é estritamente articular e localizado no quadril, não apresentando qualquer relação com cirurgias de coluna, como a artrodese vertebral.

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

Os benefícios esperados incluem o alívio significativo ou eliminação da dor crônica, a correção de deformidades e de eventuais discrepâncias no comprimento dos membros, a restauração da mobilidade e a melhora substancial na qualidade de vida e independência do paciente.

A probabilidade de sucesso é elevada, sendo este um dos procedimentos mais consagrados da ortopedia moderna. Todavia, é fundamental compreender que 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. Além disso, a prótese possui uma vida útil limitada, sujeita ao desgaste natural dos materiais ao longo dos anos, o que pode exigir revisões futuras.

A recusa ao tratamento cirúrgico implicará na progressão da dor e da rigidez articular, atrofia muscular por desuso, dependência crescente de auxílios para locomoção e possíveis sobrecargas compensatórias na coluna lombar e nas articulações adjacentes (joelhos e quadril oposto).

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação cirúrgica, foram consideradas ou tentadas alternativas não cirúrgicas, tais como:

1. Fisioterapia e reabilitação física para fortalecimento muscular.
2. Gerenciamento medicamentoso com analgésicos, anti-inflamatórios e condroprotetores.
3. Infiltrações intra-articulares e controle de peso corporal.
4. Uso de dispositivos de auxílio (bengalas, andadores) e palmilhas compensatórias.

Como alternativas cirúrgicas, dependendo da idade e do grau de lesão, existem a osteotomia (para realinhamento ósseo), a artroscopia de quadril (indicada apenas para casos iniciais) ou a artroplastia parcial (hemiarthroplastia). Contudo, em casos de desgaste articular completo, a Artroplastia Total permanece como a opção mais eficaz para a resolução definitiva do quadro doloroso.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento é realizado sob anestesia (bloqueio regional ou geral) e envolve uma incisão na região lateral ou posterior do quadril. O cirurgião remove a cabeça femoral danificada, prepara o

canal do fêmur e a cavidade do acetábulo para receber os componentes protéticos. A fixação dos implantes pode ser feita sob pressão (*press-fit*), estimulando o crescimento ósseo para integração, ou mediante o uso de cimento ósseo acrílico, conforme a qualidade óssea do paciente.

Embora a equipe médica utilize todas as técnicas preventivas, o paciente deve estar ciente dos seguintes riscos:

- Infecção Periprotética: Complicação grave que pode exigir tratamento prolongado, novas cirurgias ou remoção temporária da prótese.
- Luxação ou Deslocamento: Saída da prótese do lugar, especialmente nas primeiras semanas, podendo exigir manobras de redução ou reoperação.
- Eventos Tromboembólicos: Formação de coágulos (trombose venosa profunda) que podem migrar para os pulmões (embolia pulmonar).
- Diferença de Comprimento: Possível discrepância residual entre as pernas, por vezes necessária para garantir a estabilidade da prótese.
- Lesão Neurológica ou Vascular: Risco de dormência, fraqueza ou lesão em vasos sanguíneos e nervos adjacentes (como o nervo ciático).
- Soltura Asséptica: Falha na integração do implante ao osso ou desgaste dos componentes ao longo do tempo.
- Sangramento e Hematoma: Necessidade de drenagem ou cuidados adicionais com a ferida operatória.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à natureza da cirurgia, que envolve manipulação óssea e tecidual, pode ocorrer perda sanguínea significativa. A transfusão de sangue ou hemoderivados poderá ser indicada para manter a estabilidade hemodinâmica e a segurança vital do paciente. Todos os protocolos de triagem, compatibilidade e segurança transfusional serão rigorosamente seguidos para minimizar riscos de reações alérgicas ou transmissão de doenças.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O período médio de internação varia de 2 a 4 dias. A reabilitação inicia-se precocemente, com o paciente sendo estimulado a realizar movimentos e treino de marcha com auxílio de andador ou muletas já no primeiro ou segundo dia pós-operatório.

Cuidados Críticos Pós-Operatórios:

1. Uso rigoroso de medicamentos analgésicos e anticoagulantes prescritos.
2. Utilização de meias elásticas de compressão conforme orientação.
3. Restrições de Movimento seguindo orientações médicas

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)*