

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIA DE CURVATURA PENIANA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO PROPOSTA

A cirurgia de curvatura peniana é o procedimento cirúrgico destinado à correção da deformidade angular do pênis, que pode ser de origem congênita (curvatura peniana congênita) ou adquirida (doença de Peyronie). A curvatura peniana congênita caracteriza-se por uma curvatura presente desde o nascimento, decorrente de assimetria no desenvolvimento dos corpos cavernosos, sem placas fibróticas ou dor associada. A doença de Peyronie é uma condição adquirida caracterizada pela formação de placas de tecido fibroso na túnica albugínea (camada que reveste os corpos cavernosos), resultando em curvatura, encurtamento, dor durante a ereção e, em alguns casos, disfunção erétil associada. O objetivo do tratamento cirúrgico é restaurar a anatomia funcional do pênis, permitindo ereções retilíneas e satisfatórias para a atividade sexual, com preservação máxima da função erétil e da sensibilidade peniana. O procedimento é indicado quando há curvatura que impeça ou dificulte significativamente a penetração sexual, cause dor durante a relação, ou gere desconforto estético e psicológico significativo ao paciente.

2. PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA EMPREGADA

A intervenção é realizada sob anestesia geral ou raquianestesia, podendo envolver as seguintes técnicas cirúrgicas conforme a característica e o grau da curvatura (critério de Nesbit e classificação angular):

2.1. Técnica de Nesbit (ou sua modificação por Yachia) - Procedimento de Encurtamento do Lado Convexo: Indicada para curvaturas de até 60 graus, com função erétil preservada e comprimento peniano adequado.

2.2. Técnica de Plicatura Tunical (Dot Technique / Técnica de Essed-Schröder modificada): Indicada para curvaturas leves a moderadas (até 45-60 graus), sem necessidade de excisão tecidual. O procedimento é menos invasivo e apresenta menor risco de disfunção erétil, porém com maior taxa de recorrência em comparação às técnicas de excisão.

2.3. Técnica de Incisão e Enxertia (Grafting Technique): Indicada para curvaturas severas (acima de 60-70 graus), curvaturas complexas (multidirecionais ou em "ampulheta"), ou casos com encurtamento peniano significativo em que a técnica de encurtamento do lado convexo resultaria em perda excessiva de comprimento.

3. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS

3.1. Benefícios Esperados

O principal benefício da cirurgia de curvatura peniana é a correção da deformidade angular, proporcionando ereções retilíneas ou com curvatura residual mínima (inferior a 15-20 graus) que permita a penetração sexual satisfatória. O procedimento visa eliminar a dor durante a ereção (quando presente), restaurar a autoestima e a qualidade de vida sexual do paciente, reduzir a ansiedade associada à relação sexual e, nos casos de enxertia, recuperar parcialmente o comprimento peniano perdido pela contratura da placa fibrótica. A correção cirúrgica da curvatura peniana é o tratamento com maior taxa de sucesso e previsibilidade de resultados, com taxas de satisfação reportadas entre 80% e 95% na literatura médica.

3.2. Riscos Previsíveis e Complicações

Embora a equipe médica utilize técnicas avançadas e medidas rigorosas de segurança para minimizar intercorrências, o paciente deve estar ciente dos seguintes riscos:

Riscos Imediatos (Intraoperatórios e Pós-operatórios Precoces): Hemorragia e Hematoma; Infecção da Ferida Operatória; Edema Peniano; Necrose de Retalhos Cutâneos; Hipoestesia ou Disestesia da Glande (redução da sensibilidade, geralmente temporária, mas com risco de permanência).



Riscos Tardios (Pós-operatórios Mediato e Tardio): Recidiva da Curvatura (até 15-25% em plicaturas); Encurtamento Peniano (inerente às técnicas de Nesbit e plicaturas, variando de 0,5 a 2,5 cm); Disfunção Erétil (DE) Pós-operatória (risco de 1% a 15% dependendo da técnica); Deformidade Residual; Palpabilidade de Nós; Complicações do Enxerto; Fístula Uretrocutânea (rara); Priapismo intraoperatório.

4. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO

As alternativas disponíveis à cirurgia de curvatura peniana dependem da causa, do grau e da estabilidade da curvatura:

- Conduta Expectante (Observação): Aplicável principalmente na doença de Peyronie em fase aguda (primeiros 6 a 12 meses).
- Tratamento Clínico Farmacológico: Medicamentos para função erétil; Colagenase para injeção intralesional.
- Tração Peniana e Terapia por Ondas de Choque: Dispositivos de tração diária ou ondas de choque de baixa intensidade.
- Prótese Peniana com Correção da Curvatura: Indicada para pacientes com disfunção erétil significativa associada à curvatura.
- Não Tratamento: Implica manutenção da dificuldade para a penetração sexual, dor e impacto negativo na autoestima.

5. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Após a cirurgia, o paciente recebe curativo compressivo por 24 a 48 horas. O período de internação é geralmente de 12 a 24 horas. O paciente deve realizar repouso relativo com elevação peniana. Deve-se evitar ereções espontâneas nos primeiros 7 a 14 dias. O retorno às atividades sexuais é liberado somente mediante autorização médica, geralmente após 4 a 6 semanas de pós-operatório. A prática de exercícios físicos intensos deve ser evitada por 3 a 4 semanas. O acompanhamento ambulatorial é obrigatório para avaliação do resultado cirúrgico.

6. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

A cirurgia raramente requer transfusão sanguínea (perda estimada inferior a 200 mL). Contudo, em pacientes com distúrbios da coagulação, a perda pode ser maior. Os riscos envolvem reações transfusionais e transmissão de agentes infecciosos, minimizados pelos protocolos de triagem. Recomenda-se a suspensão de anticoagulantes conforme orientação médica prévia.

7. ANESTESIA E SEDAÇÃO

O procedimento é realizado sob anestesia geral ou raquianestesia, associada a bloqueio peniano para analgesia pós-operatória. O médico anestesilogista realizará avaliação pré-anestésica para minimizar riscos como reações alérgicas, complicações respiratórias ou cardiovasculares.

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).

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)*).