



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORREÇÃO CIRÚRGICA INCONTINÊNCIA URINÁRIA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Declaro para fins legais conforme segue:

1. **DESCRIÇÃO CLARA DA INTERVENÇÃO PROPOSTA:**

A correção cirúrgica da incontinência urinária é um procedimento destinado a tratar a perda involuntária de urina, restaurando o controle urinário e a continência. A incontinência urinária de esforço caracteriza-se pela perda de urina durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, como tossir, espirrar, rir, levantar pesos ou praticar exercícios físicos, e ocorre quando há enfraquecimento das estruturas de sustentação da uretra e do colo vesical (nas mulheres) ou comprometimento do mecanismo esfíncteriano (nos homens, frequentemente após cirurgias de próstata). A cirurgia tem como finalidade restabelecer o suporte adequado à uretra e ao colo da bexiga, ou proporcionar compressão e coaptação efetiva da uretra, de modo a impedir o escape de urina durante os esforços, melhorando significativamente a qualidade de vida, o bem-estar físico, social, sexual e psicológico do paciente. O procedimento é indicado, em geral, após a falha ou insuficiência dos tratamentos conservadores, e a técnica específica a ser empregada será definida pelo médico assistente com base no tipo e na gravidade da incontinência, nas características anatômicas e no estado clínico do paciente.

2. **PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA:**

O procedimento é realizado sob anestesia raquidiana (espinhal) ou geral, conforme avaliação do médico anestesista, e o acesso cirúrgico pode ser vaginal, abdominal (por via aberta, laparoscópica ou robótica) ou perineal, dependendo da técnica escolhida. Entre os principais procedimentos invasivos pretendidos, destacam-se: slings suburetrais de tela sintética (polipropileno), colocados sob a uretra média por meio de pequenas incisões vaginais, nas modalidades retropúbica (TVT – fita vaginal livre de tensão) ou transobturadora (TOT/TVT-O), que atuam como uma "rede" de sustentação que se apoia nos tecidos pélvicos; sling fascial pubovaginal, que utiliza tecido autólogo do próprio paciente (fáscia do reto abdominal ou fáscia lata da coxa) para sustentar a uretra; colposuspensão de Burch, que eleva e fixa o colo vesical às estruturas pélvicas, podendo ser realizada por via aberta ou laparoscópica; esfíncter urinário artificial, dispositivo implantável que envolve a uretra e permite o controle ativo da micção, indicado principalmente para incontinência grave no homem após prostatectomia; slings suburetrais masculinos, para incontinência de esforço pós-prostatectomia; agentes de preenchimento uretral (bulking agents), substâncias injetáveis ao redor da uretra que aumentam a coaptação do canal; e plicatura de Kelly ou colporrafia anterior, quando há associação com cistocele (prolapso da parede anterior da vagina). Durante o ato cirúrgico, pode ser realizada cistoscopia (exame visual do interior da bexiga) para verificar a integridade da bexiga e da uretra e a correta posição dos materiais. Ao final, é colocado um cateter vesical (sonda) temporário para drenagem da urina durante o período inicial de cicatrização, cuja permanência varia conforme a técnica empregada.

3. **AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS:**

Benefícios esperados: resolução ou redução significativa da perda de urina, com restabelecimento da continência; melhora da qualidade de vida, da autoestima e do bem-estar psicológico; retomada de atividades físicas, sociais e laborais sem o constrangimento do escape urinário; redução ou eliminação da necessidade de uso de absorventes e fraldas; melhora da função sexual e da vida de relação; e prevenção de complicações decorrentes da incontinência não tratada, como irritação da pele, infecções urinárias de repetição e impacto psicossocial negativo. Riscos previsíveis: além das complicações gerais de qualquer procedimento cirúrgico (sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios, trombose venosa e embolia pulmonar), destacam-se os riscos específicos: retenção urinária ou dificuldade de esvaziamento da bexiga após a



retirada do cateter, podendo exigir nova passagem de sonda por período prolongado ou, em casos persistentes, cirurgia de liberação (uretrólise); perfuração da uretra ou da bexiga durante a passagem dos trocartes ou na fixação dos materiais, exigindo reparação e permanência prolongada do cateter; perfuração intestinal durante as manobras de fixação do retalho de aponeurose, requerendo cirurgia abdominal com possibilidade de realização de colostomia (desvio do intestino para a parede do abdome); formação de hematomas (coleção de sangue) requerendo drenagem; aparecimento de urgência urinária de novo (bexiga hiperativa) ou piora de sintomas pré-existentes; erosão ou extrusão da tela sintética (exposição do material através da vagina ou, mais raramente, para dentro da bexiga), requerendo remoção cirúrgica; infecção da tela ou do dispositivo implantado, podendo exigir sua retirada; dor pélvica ou inguinal crônica, especialmente nas técnicas transobturadoras; lesão de estruturas adjacentes (vasos, nervos e alças intestinais, principalmente nas vias retropúblicas); disfunção sexual e dispareunia (dor durante a relação sexual); falha mecânica, erosão ou infecção do esfíncter urinário artificial, com necessidade de revisões; necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação; recorrência ou persistência da incontinência; e ausência de garantia absoluta de cura, podendo ser necessários tratamentos ou novas cirurgias posteriores.

4. **ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO:**

As alternativas ao tratamento cirúrgico incluem o tratamento conservador, baseado no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (exercícios de Kegel), fisioterapia pélvica, biofeedback, modificação de hábitos de vida (perda de peso, redução da ingestão de cafeína, tratamento de constipação e cessação do tabagismo), o uso de pessário vaginal (dispositivo de suporte inserido na vagina) e, em casos selecionados, o uso de medicamentos, sobretudo quando há componente de urgência associado. Em situações específicas, pode ser indicada a injeção de agentes de preenchimento uretral, procedimento menos invasivo. A opção de NÃO TRATAMENTO também deve ser considerada: a incontinência urinária não representa, por si só, risco imediato à vida, porém, sem tratamento, os sintomas podem persistir ou se agravar ao longo do tempo, com impacto progressivo na qualidade de vida, aumento do risco de irritação e infecções da pele e do trato urinário, maior risco de quedas relacionadas à urgência miccional, isolamento social, prejuízo da vida sexual e repercussões emocionais como ansiedade e depressão. O médico assistente deve discutir com o paciente e/ou seu responsável legal as alternativas disponíveis e a relação risco/benefício de cada opção, considerando o quadro clínico individual.

5. Fui informado(a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde:

6. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);
7. Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) [linha em branco] para tentar curar, ou melhorar as supra citadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;
8. Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são: ▪ Retenção urinária após a retirada do cateter vesical, necessitando nova passagem de cateter por um período mais prolongado. ▪ Perfuração da uretra ou bexiga durante o ato cirúrgico, exigindo reparação e permanência do cateter por período mais prolongado. ▪ Perfuração intestinal durante as manobras de fixação do retalho de aponeurose, requerendo cirurgia abdominal com possibilidade de realização de colostomia (intestino desviado para a parede do abdome). ▪ Formação de hematomas (coleção de



sangue), requerendo drenagem. ▪ Retenção urinária permanente, requerendo cirurgia posterior para reparação (uretrólise). ▪ Erosão ou exposição da tela sintética, requerendo remoção cirúrgica. ▪ Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica ou do material implantado, requerendo futuro tratamento. ▪ Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação. ▪ Não há garantia absoluta da cura da incontinência, podendo haver necessidade de tratamento futuro. ▪ Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias). E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como (deixar em branco se não houver):

9. 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;
10. 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;
11. 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;
12. 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.
13. 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.
14. 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).
15. 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.
16. 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.



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)*.