

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
CORREÇÃO CIRÚRGICA DO REFLUXO VESICoureTERAL****PACIENTE:****RG:****CPF:****DATA DE NASC.:****1. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO PROPOSTA**

A correção cirúrgica do refluxo vesicoureteral (reimplante ureteral) é o procedimento cirúrgico destinado a corrigir o fluxo anormal e retrógrado de urina da bexiga em direção aos ureteres e rins. O refluxo vesicoureteral (RVU) é uma condição na qual o mecanismo valvular do óstio ureteral (abertura do ureter na bexiga) é insuficiente, permitindo que a urina retorne da bexiga para o ureter e, potencialmente, até o rim durante a micção. Esta condição pode ser primária (congenita, decorrente de desenvolvimento inadequado do túnel ureteral intramural) ou secundária (associada a obstrução infravesical, bexiga neurogênica, hiperatividade vesical, infecção crônica ou cirurgia urológica prévia). O RVU é classificado em graus de I a V conforme a extensão do refluxo e a dilatação ureteral e pielocalicial, variando desde refluxo apenas no ureter distal (grau I) até refluxo com dilatação severa e tortuosidade do ureter e pelve renal (grau V). O tratamento cirúrgico é indicado em casos de refluxo de alto grau (IV-V) que não regride espontaneamente, refluxo persistente após tratamento clínico prolongado, infecções urinárias febris de repetição (pielonefrite), cicatrizes renais progressivas (nefropatia do refluxo), deterioração da função renal, refluxo bilateral de alto grau ou refluxo em pacientes com rim único. O objetivo da cirurgia é criar um novo túnel submucoso na bexiga para o ureter, restaurando o mecanismo valvular antirrefluxo e prevenindo a ascensão da urina para o trato urinário superior. O procedimento pode ser realizado por via aberta (reimplante ureteral aberto), por via laparoscópica ou por via robótica assistida, conforme a complexidade do caso, a idade do paciente, o grau do refluxo e a experiência da equipe cirúrgica.

**2. PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA EMPREGADA**

A cirurgia é feita com anestesia geral (você estará completamente dormindo). O médico escolherá a melhor técnica para o seu caso entre as opções abaixo:

**2.1. Cirurgia por Corte na Barriga (Via Aberta):** O cirurgião fará um corte horizontal de 6 a 12 cm na parte inferior da barriga, próximo aos pelos pubianos (semelhante ao corte de uma cesárea). Através desse corte, ele acessará a bexiga. A bexiga será aberta para que o cirurgião possa ver os óstios ureterais (os "buracos" por onde o ureter entra na bexiga). O ureter será separado da bexiga, passado por dentro de um novo túnel feito na parede da bexiga (como se fosse criar um "túnel subterrâneo" mais comprido) e fixado em uma nova posição com pontos cirúrgicos muito finos (fios absorvíveis especiais que o próprio corpo dissolve com o tempo). O comprimento desse novo túnel é de 2 a 3 cm, o suficiente para criar um mecanismo de válvula que impede o refluxo. Existem três técnicas principais para fazer isso: a técnica de Cohen (cruzando o ureter para o lado oposto da bexiga), a técnica de Politano-Leadbetter (criando um novo trajeto na parede posterior da bexiga) e a técnica de Lich-Gregoir (criando um sulco na parte de fora da bexiga, sem precisar abri-la). Ao final, a bexiga é fechada com pontos absorvíveis. Um tubo fino (cateter vesical) é colocado pela uretra para drenar a urina enquanto a bexiga se recupera. Um dreno (tubinho) é deixado perto da bexiga para drenar líquidos que possam acumular. A pele é fechada com pontos que podem ser absorvíveis ou com grampos.

**2.2. Cirurgia por Pequenos Furos (Videolaparoscopia - Via Minimamente Invasiva):** Esta técnica evita o corte grande na barriga. O cirurgião faz de 3 a 4 pequenos furos (de 5 a 12 mm cada) na parede da barriga. Através desses furos, ele insere uma câmera de vídeo de alta definição (com luz fria) conectada a um monitor, e instrumentos cirúrgicos finos e delicados. O abdômen é preenchido com gás carbônico (CO<sub>2</sub>) para criar espaço para o cirurgião trabalhar. Pela técnica de Lich-Gregoir (sem abrir a bexiga), o cirurgião cria um sulco na musculatura da parede da bexiga, coloca o ureter dentro desse sulco e fecha a musculatura sobre ele com pontos especiais para urologia, costurados com instrumentos finos de laparoscopia. O cirurgião vê as imagens ampliadas em uma tela de alta resolução e opera com instrumentos precisos. Esta via causa menos dor, menor tempo de internação e recuperação mais rápida.



2.3. Cirurgia Robótica (Com Auxílio de Robô): É semelhante à laparoscopia, mas o cirurgião opera de um console (espécie de painel de controle) utilizando braços robóticos com instrumentos articulados que imitam os movimentos da mão humana com ainda mais precisão. O robô fornece uma imagem tridimensional ampliada (até 15 vezes) e permite movimentos mais delicados, o que é especialmente útil em crianças, cujos ureteres são muito finos. O resultado é semelhante ao da cirurgia aberta, com as vantagens da recuperação mais rápida.

2.4. Exame Interno da Bexiga (Cistoscopia) e Colocação de Tubo Protetor (Duplo J): Durante a cirurgia, o médico pode introduzir um aparelho fino (cistoscópio) pela uretra para examinar o interior da bexiga e posicionar um tubo fino e flexível chamado cateter duplo J (com as pontas enroladas como um "J") dentro do ureter. Esse tubo serve para proteger a sutura (os pontos) e garantir que a urina passe livremente enquanto ocorre a cicatrização. Ele será retirado em algumas semanas em uma consulta de retorno.

2.5. Materiais e Equipamentos Utilizados: Para realizar a cirurgia, a equipe utiliza uma variedade de instrumentos e materiais cirúrgicos, como: bisturi elétrico (aparelho que corta e cauteriza ao mesmo tempo), aspirador cirúrgico, fios de sutura absorvíveis de diversos calibres (que o corpo dissolve após a cicatrização), cateter vesical de Foley (tubo fino de silicone para drenar a urina), cateter duplo J (tubo fino temporário dentro do ureter), fios-guia (fios muito finos que guiam os instrumentos), drenos (tubinhos que saem do corpo para drenar líquidos), afastadores (instrumentos que mantêm a incisão aberta), pinças e tesouras delicadas, soro fisiológico para irrigação, lâminas de bisturi descartáveis, e equipamentos de monitorização (cardioscópio para o coração, oxímetro para oxigênio no sangue, aparelho de pressão). Para a videolaparoscopia, são usados ainda: insuflador de CO<sub>2</sub> (para encher o abdômen com gás), trocartes (tubos que permitem a passagem dos instrumentos pelos pequenos furos), câmera de alta definição e fonte de luz fria, monitor de vídeo cirúrgico, e instrumentos laparoscópicos (pinças, tesouras, porta-agulhas). Na cirurgia robótica, utiliza-se o sistema cirúrgico robótico (Da Vinci®) com seus braços robóticos e visão 3D.

### 3. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS

#### 3.1. BENEFÍCIOS ESPERADOS

O principal benefício da correção cirúrgica do refluxo vesicoureteral é a eliminação do refluxo de urina da bexiga para o ureter e rim, restaurando o mecanismo valvular normal do óstio ureteral e prevenindo a ascensão de urina contaminada para o trato urinário superior. A cirurgia promove a significativa redução do número e da gravidade das infecções urinárias, especialmente as infecções febris (pielonefrite aguda), que são a principal causa de dano renal progressivo associado ao RVU. A correção do refluxo interrompe a formação de novas cicatrizes renais (nefropatia do refluxo), preserva a função renal a longo prazo, previne a hipertensão arterial nefrogênica e reduz o risco de insuficiência renal crônica terminal. Em crianças com RVU de alto grau e infecções recorrentes apesar da profilaxia antibiótica, a correção cirúrgica permite a suspensão segura da antibioticoterapia profilática prolongada e melhora significativamente a qualidade de vida, eliminando a necessidade de exames de imagem de controle frequentes. As taxas de sucesso do reimplante ureteral são elevadas, variando de 92% a 98% conforme a técnica empregada, o grau de refluxo e a experiência cirúrgica.

#### 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: Sangramento durante a dissecação vesical e ureteral, especialmente em cirurgias de revisão ou em pacientes com aderências. Pode ocorrer hematoma no espaço de Retzius com dor suprapúbica, requerendo drenagem em casos volumosos. Transfusão sanguínea é raramente necessária.
- Lesão Ureteral Intraoperatória: Lesão inadvertida do ureter durante a dissecação, incluindo perfuração, desvascularização (comprometimento do suprimento sanguíneo ureteral) ou secção accidental do ureter. Tais lesões podem exigir reparo cirúrgico imediato, anastomose ureteral ou, em casos graves, ureterostomia temporária.
- Lesão de Órgãos Vizinhos: Risco de lesão de alça intestinal (especialmente em pacientes com cirurgias abdominais prévias), lesão de vasos ilíacos, lesão do ducto deferente em pacientes do sexo masculino (com risco de infertilidade futura - ejaculação retrógrada), e lesão de nervo obturador.
- Infecção do Sítio Cirúrgico e do Trato Urinário: Risco de infecção da ferida operatória, infecção urinária pós-operatória ou pielonefrite, especialmente em pacientes com bacteriúria pré-existente ou refluxo infectado. O risco é minimizado com antibioticoprofilaxia adequada.

- **Obstrução Ureteral Pós-Operatória:** Edema da anastomose ureterovesical, que pode causar obstrução transitória do fluxo urinário nas primeiras 48-72 horas. Geralmente autolimitado, mas pode exigir cateterismo ureteral ou nefrostomia percutânea temporária se houver obstrução completa com dor ou deterioração da função renal.
- **Extravasamento de Urina (Urinoma):** Vazamento de urina pela sutura vesical ou pelo novo óstio ureteral, manifestado por drenagem aumentada pelo dreno ou dor suprapúbica. Geralmente resolve com manutenção do cateter vesical e observação.

#### Riscos Tardios (Pós-operatórios Mediato e Tardio):

- **Persistência ou Recidiva do Refluxo:** Persistência do RVU após a cirurgia (refluxo residual) ou recorrência após resolução inicial. Ocorre em 2% a 8% dos casos, mais frequentemente em ureteres muito dilatados (grau V), bexiga neurogênica ou reimplantes prévios. Pode exigir reintervenção cirúrgica (novo reimplante) ou tratamento endoscópico com injeção de bulking agent.
- **Obstrução Ureteral Tardia (Estenose do Reimplante):** Estreitamento cicatricial do novo óstio ureteral ou do túnel submucoso, causando obstrução progressiva ao fluxo urinário do rim para a bexiga. Ocorre em 1% a 5% dos casos, manifestando-se por dilatação ureteral e pielocalicial (hidronefrose) progressiva, dor lombar e deterioração da função renal. Pode exigir dilatação endoscópica, endopielotomia ou reintervenção cirúrgica.
- **Refluxo Contralateral de Novo Início:** A correção cirúrgica do refluxo em um lado pode desmascarar ou induzir refluxo no ureter contralateral, que antes era competente. Ocorre em 5% a 15% dos casos, especialmente em crianças com bexiga hiperativa ou disfunção miccional associada. Pode ser transitório ou persistir, exigindo tratamento clínico ou cirúrgico.
- **Disfunção Miccional Pós-Operatória:** Alterações temporárias ou permanentes no padrão urinário, como urgência miccional, polaciúria, incontinência urinária ou retenção urinária, especialmente nos primeiros dias após a retirada do cateter vesical. Geralmente transitórias, resolvendo-se com reabilitação vesical e fisioterapia do assoalho pélvico.
- **Hematúria Persistente:** Sangramento microscópico ou macroscópico na urina por período prolongado após a cirurgia, geralmente autolimitado, mas que pode persistir por 1 a 3 semanas.
- **Hérnia Incisional:** Protrusão de conteúdo abdominal através da cicatriz cirúrgica, mais comum na via aberta com incisão mediana (incidência de 2% a 5%), podendo exigir correção cirúrgica futura.
- **Fístula Vesical:** Comunicação persistente entre a bexiga e a pele (fístula cistocutânea) ou entre a bexiga e a vagina (fístula vesicovaginal, rara), requerendo correção cirúrgica.
- **Infertilidade Masculina (Ejaculação Retrógrada):** Em pacientes do sexo masculino submetidos a reimplante ureteral bilateral (especialmente na técnica de Lich-Gregoir extravesical), pode ocorrer lesão do nervo simpático responsável pelo fechamento do colo vesical durante a ejaculação, resultando em ejaculação retrógrada (esperma para a bexiga ao invés de ser exteriorizado). Esta complicação pode afetar a fertilidade futura, embora a função erétil e o orgasmo sejam preservados.

## 4. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO

As alternativas disponíveis ao tratamento cirúrgico do refluxo vesicoureteral dependem do grau do refluxo, da idade do paciente, da presença de cicatrizes renais e da função renal:

- **Conduta Expectante com Profilaxia Antibiótica (Tratamento Clínico Conservador):** Consiste na administração de antibioticoterapia profilática contínua em dose baixa (sulfametoxazol-trimetoprima, nitrofurantoína, cefalexina ou amoxicilina, conforme a idade e a função renal) associada a acompanhamento periódico com exames de imagem (ultrassonografia renal, cistografia miccional seriada) e análise de urina. Esta é a abordagem inicial para RVU de baixo grau (I a III) em crianças menores, pois há chance de resolução espontânea com o crescimento (30% a 80% dos casos de baixo grau regredem espontaneamente). A conduta expectante exige adesão rigorosa à medicação, vigilância para infecções febris e monitoramento periódico das cicatrizes renais.
- **Tratamento Endoscópico (Injeção Endoscópica de Bulking Agent - Macroplastique®/Deflux®):** Procedimento minimamente invasivo que consiste na injeção de substância biocompatível (dextranômero/ácido hialurônico - Deflux®) no óstio ureteral e no túnel submucoso distal, por via cistoscópica, sob anestesia geral. O material injetado cria uma elevação que aumenta a coaptação do óstio ureteral durante a micção, restaurando o mecanismo valvular. O procedimento é realizado em regime ambulatorial, com duração de 15-30 minutos, sem incisões. Indicado para RVU de graus II a IV, com taxas de sucesso de



70% a 85% após a primeira injeção e 85% a 92% após reaplicação. Taxa de sucesso inferior ao reimplante cirúrgico, especialmente em refluxos de alto grau (grau V) ou ureteres dilatados. Riscos: refluxo persistente, obstrução ureteral, migração do material, infecção, hematúria e necessidade de reaplicação.

- Cateterismo Vesical Intermitente (CVI): Indicado principalmente em pacientes com RVU secundário a bexiga neurogênica (mielomeningocele, lesão medular) ou disfunção miccional grave. O esvaziamento vesical programado e completo reduz a pressão intravesical e o refluxo. Não é curativo, mas pode controlar o refluxo e prevenir infecções em pacientes selecionados.
- Tratamento da Causa Base (RVU Secundário): Em casos de RVU secundário a obstrução infravesical (válvula de uretra posterior, estenose de uretra, hiperplasia prostática) ou bexiga neurogênica, o tratamento da causa obstrutiva ou a correção da disfunção vesical pode resolver o refluxo sem necessidade de cirurgia antirrefluxo específica.
- Não Tratamento: Consiste na não realização de qualquer intervenção cirúrgica ou clínica. Esta opção acarreta riscos progressivos e potencialmente irreversíveis, especialmente em crianças com RVU de alto grau ou infecções recorrentes: pielonefrite aguda de repetição com febre alta e risco de sepse urinária, formação de cicatrizes renais progressivas (nefropatia do refluxo) com perda de parênquima renal funcionante, hipertensão arterial nefrogênica (até 20% dos pacientes com cicatrizes renais), proteinúria, insuficiência renal crônica progressiva podendo evoluir para doença renal terminal com necessidade de diálise ou transplante renal, e complicações na gestação futura em pacientes do sexo feminino (pré-eclâmpsia, pielonefrite gestacional, perda fetal). Pacientes assintomáticos com RVU de baixo grau e sem infecção podem ser acompanhados clinicamente, mas devem ser reavaliados periodicamente quanto ao surgimento de complicações.

## 5. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Após o reimplante ureteral, o paciente permanece internado por período variável conforme a via de acesso: 24 a 48 horas para via laparoscópica ou robótica e 3 a 7 dias para via aberta. O cateter vesical de Foley é mantido por 3 a 7 dias para permitir a cicatrização adequada do novo óstio ureteral e da cistotomia (na via aberta intravesical). O cateter duplo J, quando posicionado, permanece por 2 a 4 semanas e é retirado ambulatorialmente por cistoscopia. O dreno do espaço de Retzius é removido quando o débito for inferior a 20-30 mL/dia (geralmente entre 24 e 72 horas). O paciente deve realizar repouso relativo nas primeiras 2 semanas, com deambulação precoce a partir do primeiro dia de pós-operatório para prevenção de trombose venosa profunda. É fundamental a manutenção de ingesta hídrica abundante (2 a 3 litros de água por dia, ajustada para crianças conforme peso) para manter o fluxo urinário e reduzir o risco de infecção. A medicação analgésica (dipirona, paracetamol, anti-inflamatórios não hormonais, opioides quando necessário) e antibiótica profilática é prescrita conforme orientação médica. Deve-se evitar esforços físicos intensos, levantamento de peso (>5 kg) e atividades esportivas de impacto por 4 a 6 semanas. O paciente deve retornar ao serviço de urgência em caso de febre (temperatura axilar acima de 38°C), dor abdominal ou lombar intensa, obstrução ou saída acidental do cateter vesical, sangramento urinário volumoso, ausência de diurese por período superior a 8-12 horas, ou sinais de infecção da ferida operatória (calor, rubor, secreção purulenta). O acompanhamento ambulatorial é obrigatório para avaliação do resultado cirúrgico, com consultas de retorno programadas em 7 dias, 30 dias, 90 dias e 6 meses de pós-operatório. Exames de imagem de controle (ultrassonografia renal) são realizados em 30 dias para avaliar a dilatação ureteral e pielocalicial. A cistografia miccional de controle é realizada entre 3 e 6 meses de pós-operatório para confirmar a resolução do refluxo e documentar o sucesso cirúrgico. A função renal é monitorada periodicamente com dosagens séricas de creatinina e ureia.

## 6. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

A cirurgia de reimplante ureteral apresenta perda sanguínea estimada geralmente de 50 a 200 mL na via aberta e inferior a 50-100 mL nas vias laparoscópica e robótica. Transfusões sanguíneas são raras, mas podem ser necessárias em pacientes com distúrbios da coagulação, cirurgias de revisão com aderências extensas ou sangramento intraoperatório atípico. Os benefícios da transfusão incluem a manutenção da capacidade de transporte de oxigênio e da estabilidade hemodinâmica. Os riscos envolvem reações transfusionais imediatas (hemolíticas, alérgicas, febris) e tardias, transmissão de agentes infecciosos, sobrecarga volêmica e lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI), todos minimizados por rigorosos protocolos de triagem e hemovigilância. Como alternativa, recomenda-se a suspensão ou substituição temporária de anticoagulantes e

antiagregantes conforme orientação do médico assistente (comunicação entre urologista, cardiologista e hematologista), além de técnica cirúrgica meticulosa e uso de agentes hemostáticos tópicos (celulose oxidada, esponja de gelatina absorvível).

## 7. 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)*.