

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO HÉRNIA DISCAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO DA CIRURGIA PROPOSTA

A hérnia discal é uma condição clínica caracterizada pelo deslocamento de parte do disco intervertebral (o amortecedor de cartilagem localizado entre as vértebras) para fora de sua posição normal. Esse deslocamento (herniação) pode comprimir as raízes nervosas ou a própria medula espinhal, resultando em dor lombar ou cervical intensa, dor irradiada para os membros (dor ciática), dormência, formigamento e perda de força muscular.

O tratamento cirúrgico é indicado devido à falha das medidas conservadoras (medicamentos e fisioterapia) em controlar a dor refratária, ou diante da presença de déficits neurológicos progressivos (como perda de força ou sensibilidade).

Embora o objetivo primário da cirurgia seja a descompressão nervosa e a remoção do fragmento herniado (discectomia), a artrodese de coluna (fusão óssea com implantes) foi indicada em conjunto neste caso específico devido à presença de instabilidade mecânica segmentar, desgaste articular severo (artrose) ou deformidade estrutural associada na região afetada. A fusão das vértebras visa eliminar o movimento anormal e doloroso, garantindo o suporte estrutural e prevenindo a recorrência da compressão nervosa ou deformidades futuras após a retirada do disco.

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

- **Benefícios Esperados:** Alívio ou redução significativa da dor irradiada (dor ciática), descompressão das estruturas nervosas, prevenção da progressão de danos neurológicos, melhora da mobilidade, restauração da capacidade funcional e retorno às atividades cotidianas com melhor qualidade de vida.
- **Probabilidade de Sucesso:** As técnicas cirúrgicas atuais apresentam elevados índices de sucesso no alívio da dor radicular e na estabilização da coluna. Contudo, a medicina não é uma ciência exata e a resposta biológica é estritamente individual. Não é possível garantir a cura completa ou a eliminação total de toda e qualquer dor, uma vez que sintomas residuais decorrentes de lesões crônicas prévias no nervo ou alterações degenerativas em outros níveis da coluna podem persistir.
- **Riscos do Não Tratamento:** A recusa ou o adiamento da intervenção cirúrgica indicada pode resultar na cronificação da dor, perda progressiva e irreversível de força muscular e sensibilidade nos membros (atrofia), limitação funcional severa e, em casos graves, o desenvolvimento da Síndrome da Cauda Equina (compressão grave dos nervos sacrais que causa perda do controle da bexiga e do intestino, além de anestesia na região genital), caracterizando uma emergência médica com risco de sequelas permanentes.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação deste procedimento, foram avaliadas as seguintes alternativas terapêuticas:

1. **Tratamento Conservador (Não Cirúrgico):**
 - o **Descrição:** Uso de medicamentos (analgésicos, anti-inflamatórios, corticoides e moduladores de dor neuropática), fisioterapia motora, reabilitação física, acupuntura, perda de peso e infiltrações/bloqueios anestésicos de coluna.
 - o **Vantagens:** Evita os riscos inerentes a um procedimento cirúrgico e anestésico.
 - o **Limitações:** Pode não ser eficaz no controle de compressões mecânicas graves ou progressivas, prolongando o sofrimento e aumentando o risco de lesão nervosa permanente.

2. Descompressão Cirúrgica Isolada (Microdiscectomia / Discectomia Endoscópica):
 - o *Descrição:* Remoção cirúrgica apenas do fragmento herniado do disco, sem a realização de fusão (artrodese).
 - o *Vantagens:* Procedimento menos invasivo, com menor tempo cirúrgico, menor perda sanguínea e recuperação pós-operatória mais rápida.
 - o *Limitações:* Não corrige a instabilidade mecânica da coluna. Se realizada em um segmento instável ou severamente degenerado, apresenta alto risco de falha, dor persistente ou necessidade de uma nova cirurgia para fixação posterior.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

A cirurgia é realizada em ambiente hospitalar sob anestesia geral. O cirurgião realiza uma incisão na região correspondente da coluna (lombar, torácica ou cervical), afasta a musculatura e as estruturas de proteção, identifica o nível afetado com auxílio de radioscopia, realiza a descompressão das raízes nervosas e remove o fragmento herniado do disco. Para a estabilização (artrodese), são inseridos implantes metálicos (parafusos pediculares, hastes ou espaçadores intersomáticos/cages) preenchidos com enxerto ósseo para promover a fusão biológica entre as vértebras.

Apesar da utilização de técnicas cirúrgicas rigorosas e de protocolos de segurança, o procedimento envolve riscos e complicações potenciais, classificados em:

- Riscos Gerais: Reações adversas à anestesia, complicações cardiovasculares ou respiratórias, infecção hospitalar e eventos tromboembólicos (trombose venosa profunda ou embolia pulmonar).
- Riscos Específicos da Cirurgia de Hérnia Discal e Artrodese:
 - o *Infecção:* Superficial (pele) ou profunda (ao redor dos implantes e vértebras), podendo exigir antibioticoterapia prolongada ou novas cirurgias para limpeza e remoção do material de síntese.
 - o *Sangramento e Hematoma:* Acúmulo de sangue no sítio cirúrgico que pode pressionar os nervos e exigir drenagem cirúrgica de urgência.
 - o *Lesão Neurológica:* Danos temporários ou permanentes à medula espinhal ou às raízes nervosas, resultando em perda de força (paralisia/pé caído), dormência, dor neuropática crônica ou disfunção esfinteriana.
 - o *Fístula Líquórica:* Ruptura accidental da dura-máter (membrana que envolve os nervos) com vazamento de líquido cefalorraquidiano, podendo causar fortes dores de cabeça e necessitar de repouso absoluto, sutura cirúrgica ou reoperação.
 - o *Pseudoartrose (Falha de Consolidação):* Ausência de fusão óssea do enxerto, o que pode causar dor persistente e soltura ou quebra dos implantes metálicos, exigindo nova cirurgia.
 - o *Recidiva da Hérnia:* Formação de uma nova hérnia de disco no mesmo nível operado (risco estimado entre 5% e 15% dos casos).
 - o *Síndrome do Segmento Adjacente:* Desgaste acelerado e sobrecarga das articulações e discos localizados imediatamente acima ou abaixo do nível fundido.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Embora a discectomia simples apresente baixo índice de sangramento, a associação com a artrodese de coluna eleva o porte cirúrgico e o risco de perda sanguínea.

Caso ocorra sangramento volumoso intraoperatório que comprometa a oxigenação dos órgãos ou a estabilidade cardiovascular do paciente, poderá ser necessária a realização de transfusão de sangue ou hemoderivados. O hospital adota rigorosos protocolos de segurança, incluindo testes de compatibilidade cruzada e triagem sorológica minuciosa para minimizar riscos de reações transfusionais, alergias ou transmissão de doenças infecciosas, as quais são extremamente raras na prática médica atual.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

- Período de Internação: Geralmente varia de 1 a 2 dias para descompressões simples e de 2 a 5 dias quando associada à artrodese de coluna, dependendo do controle da dor e da mobilidade inicial do paciente.

- **Reabilitação e Cuidados Pós-Operatórios:**
 - Estimula-se a caminhada precoce (frequentemente no dia seguinte à cirurgia) para prevenir trombose e melhorar a recuperação.
 - O paciente deve evitar movimentos de rotação (torcer o tronco), flexão excessiva (curvar-se para frente) e não deve carregar pesos superiores a 5 kg nas primeiras semanas.
 - O uso de coletes lombares ou colares cervicais pode ser indicado temporariamente pelo cirurgião assistente.
 - Sessões de fisioterapia especializada serão prescritas no momento oportuno para fortalecimento muscular e reabilitação funcional.
- **Retorno às Atividades:** Atividades administrativas leves podem ser retomadas em poucas semanas. O retorno a atividades físicas intensas, esportes de impacto ou trabalhos que exijam esforço físico pesado dependerá da consolidação óssea e avaliação médica, variando de 3 a 12 meses.
- **Sinais de Alerta (Buscar Atendimento de Urgência Imediato):**
 - Febre (temperatura corporal acima de 37,8 °C).
 - Vermelhidão, calor, inchaço ou saída de secreção/pus pela ferida operatória.
 - Dor intensa e progressiva que não melhora com os analgésicos prescritos.
 - Surgimento ou piora de fraqueza muscular nas pernas ou braços (dificuldade para caminhar ou segurar objetos).
 - Dificuldade para urinar, evacuar ou perda de controle dos esfíncteres.
 - Falta de ar, dor no peito ou inchaço unilateral súbito nas pernas.

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)*.