

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRANSPLANTE RENAL INTERVIVOS		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DESCRIÇÃO CLARA DA INTERVENÇÃO PROPOSTA

A nefroureterectomia para transplante renal é o procedimento cirúrgico por meio do qual um dos rins de um doador vivo, clinicamente saudável e avaliado por equipe multiprofissional, é removido juntamente com a totalidade do seu ureter (o canal que conduz a urina do rim à bexiga), com a finalidade de ser implantado em um receptor portador de doença renal crônica em estágio avançado ou terminal. Trata-se de uma cirurgia de grande porte, eletiva e planejada, realizada sob anestesia geral, que exige internação hospitalar, cuidados intensivos no período perioperatório e seguimento ambulatorial prolongado tanto para o doador quanto para o receptor.

A intervenção está indicada quando o potencial doador atende a rigorosos critérios de aptidão clínica, imunológica, anatômica e psicossocial estabelecidos pela equipe de transplante, em conformidade com a legislação sanitária vigente. A nefroureterectomia do doador constitui a primeira etapa do processo de transplante renal intervivos, sendo seguida pelo implante do órgão no receptor.

Ambas as partes declaram ter sido informadas pela equipe multiprofissional de transplante acerca da indicação clínica, da natureza do procedimento, dos riscos previsíveis, dos benefícios esperados, das alternativas terapêuticas existentes e das implicações legais, éticas e biopsicossociais envolvidas na doação e no recebimento de órgão intervivos. Esclarecemos que o procedimento poderá demandar transfusões de hemocomponentes, reintervenções cirúrgicas de urgência, suporte em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), monitorização hemodinâmica invasiva e ajustes de conduta intraoperatória conforme o julgamento técnico da equipe médica para preservação da vida e da integridade de ambos os pacientes.

2. PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA

A nefroureterectomia para transplante renal abrange as seguintes etapas, procedimentos e recursos técnicos, que nos foram explicados de forma detalhada:

2.1. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA AMPLA

Antes da cirurgia, o doador é submetido a uma avaliação minuciosa que inclui: exames laboratoriais (função renal, hepática, coagulograma, glicemia, sorologias infecciosas e tipagem sanguínea), exames de imagem (ultrassonografia com Doppler renal, cintilografia renal para avaliação da função dividida de cada rim, angiografia por tomografia computadorizada ou ressonância magnética para mapeamento da anatomia vascular), avaliação cardiológica (eletrocardiograma, ecocardiograma e, se indicado, teste ergométrico ou cateterismo), avaliação pulmonar (radiografia de tórax e espirometria), avaliação psicológica e avaliação do serviço social. O receptor também é submetido a avaliação completa para garantir as melhores condições de receber o enxerto.

2.2. ACESSO CIRÚRGICO E ABORDAGEM TÉCNICA

A nefroureterectomia pode ser realizada por uma das seguintes abordagens, conforme a avaliação da equipe cirúrgica e as características anatômicas do doador:

a) Nefroureterectomia por Videolaparoscopia (técnica minimamente invasiva): Consiste na realização de três a quatro pequenas incisões (de aproximadamente 0,5 a 1,5 cm) na parede abdominal, por onde são introduzidos uma câmera óptica de alta definição e instrumentos cirúrgicos especializados. A cavidade abdominal é insuflada com gás carbônico (dióxido de carbono) para criar espaço de trabalho. O cirurgião identifica e diseca cuidadosamente o rim a ser doado, os vasos sanguíneos

(artéria e veia renal) e o ureter em toda a sua extensão até a junção com a bexiga. Os vasos são clampados e seccionados com grampeadores vasculares, e o ureter é seccionado rente à bexiga. O órgão é então removido por meio de uma incisão ampliada de aproximadamente 5 a 7 cm, e imediatamente perfundido com solução de preservação de órgãos gelados.

b) Nefroureterectomia por Cirurgia Robótica (assistida por plataforma robótica): Variante da técnica laparoscópica na qual o cirurgião opera de um console utilizando braços robóticos com instrumentos articulados, que proporcionam maior precisão, ampliação tridimensional do campo cirúrgico e eliminação de tremores. O princípio é o mesmo da videolaparoscopia, com incisões de tamanho equivalente.

c) Nefroureterectomia por Técnica Aberta (incisão única ampla): Realizada por meio de uma incisão única na região lombar (flancotomia) ou abdominal, de aproximadamente 10 a 15 cm de extensão. Os planos musculares e aponeuróticos são dissecados por camadas até a exposição do rim, de seus vasos e do ureter. O procedimento de dissecação, clampeamento e secção é realizado sob visão direta. Esta abordagem é utilizada preferencialmente em casos de anatomia complexa, múltiplas artérias renais, obesidade significativa ou quando há contraindicação à técnica laparoscópica.

2.3. ANESTESIA GERAL E MONITORIZAÇÃO INTRAOPERATÓRIA

O procedimento é realizado sob anestesia geral balanceada, que inclui: indução anestésica com agentes intravenosos, manutenção com agentes inalatórios e/ou venosos, intubação orotraqueal com suporte ventilatório mecânico, monitorização contínua dos sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial invasiva por cateter arterial, oximetria de pulso, capnografia, débito urinário por sonda vesical de demora), balanço hídrico rigoroso, controle da temperatura corporal e reposição volêmica guiada por parâmetros hemodinâmicos. Poderá ser utilizado cateter venoso central para monitorização da pressão venosa central e administração de medicamentos e soluções.

2.4. CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS IMEDIATOS E MEDIATOS

Após a cirurgia, o doador permanece em sala de recuperação pós-anestésica e posteriormente é transferido para unidade de internação ou, conforme necessidade, para Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Recebe orientações para alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial vitalício.

3. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS

3.1. RISCOS PREVISÍVEIS ASSOCIADOS AO PROCEDIMENTO

O doador declara ter compreendido que, embora seja um indivíduo saudável e cuidadosamente selecionado, a nefroureterectomia é uma cirurgia de grande porte que impõe riscos previsíveis, descritos a seguir de forma clara e detalhada:

Riscos Anestésicos: Reações alérgicas ou idiossincráticas aos medicamentos anestésicos (desde urticária leve até anafilaxia grave); náuseas e vômitos no período pós-operatório; depressão respiratória; lesão de córnea ou dentes durante a intubação; arritmias cardíacas; alterações pressóricas intraoperatórias; hipertermia maligna (condição rara, porém potencialmente fatal); lesão renal aguda por agentes anestésicos ou por instabilidade hemodinâmica.

Riscos Cirúrgicos Imediatos: Hemorragia intraoperatória ou pós-operatória (sangramento excessivo que pode exigir transfusão de hemácias, plasma ou plaquetas, podendo levar a choque hipovolêmico e necessidade de reintervenção cirúrgica de urgência); infecção de sítio cirúrgico (superficial, profunda ou de órgão/espaco); infecção do trato urinário; pneumonia hospitalar; lesões acidentais de órgãos ou estruturas adjacentes (baço, pâncreas, cólon, duodeno, glândula suprarrenal, grandes vasos, nervos da parede abdominal); trombose venosa profunda (formação de coágulos nas veias dos membros inferiores, podendo evoluir para embolia pulmonar potencialmente fatal); hematoma retroperitoneal ou de parede abdominal; seroma (acúmulo de líquido seroso na ferida operatória); deiscência de ferida operatória (abertura parcial ou total dos planos suturados); fístula urinária por lesão ou mau fechamento do coto ureteral.

Riscos Específicos da Doação Renal: Redução permanente da massa funcional renal, passando o doador a viver com aproximadamente 50% da função renal original (um único rim); risco aumentado ao longo da vida de desenvolver hipertensão arterial sistêmica; risco de doença renal crônica progressiva no rim remanescente; risco de pré-eclâmpsia em doadoras que venham a engravidar após a doação; proteinúria (perda de proteína pela urina) em graus variados; necessidade de acompanhamento nefrológico preventivo e monitorização da função renal por toda a vida, com exames laboratoriais e de imagem periódicos; restrições relativas à prática de esportes de contato para proteger o rim único.

Riscos Técnicos Específicos de Cada Abordagem:

Na videolaparoscopia e na cirurgia robótica: Complicações relacionadas à insuflação de gás carbônico (enfisema subcutâneo, pneumotórax, embolia gasosa — esta última extremamente rara, porém grave); lesão por agulha ou trocateres (vasos da parede abdominal, vísceras ocas); necessidade de conversão para cirurgia aberta não programada em até 5% dos casos por sangramento incontrolável, aderências ou dificuldade técnica; tempo cirúrgico potencialmente mais prolongado.

Na técnica aberta: Incisão maior com maior dor pós-operatória; tempo de recuperação funcional mais prolongado; maior risco de hérnia incisional; maior sangramento estimado; cicatriz mais extensa e visível.

Riscos Tardios: Dor crônica no sítio cirúrgico (síndrome dolorosa pós-operatória persistente); formação de hérnia incisional (especialmente na técnica aberta e na incisão de extração laparoscópica); aderências intra-abdominais com risco de obstrução intestinal ao longo da vida; complicações cicatriciais (queloides, cicatriz hipertrófica); neuroma de parede abdominal por lesão de nervos intercostais; insuficiência renal crônica no rim remanescente em longo prazo (risco baixo, porém real, documentado em estudos de seguimento de doadores).

Riscos Transfusionais: Caso haja necessidade de transfusão de hemocomponentes, existem riscos de reações transfusionais imediatas (febre, urticária, hemólise, lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão) e tardias (transmissão de agentes infecciosos, aloimunização). Todos os hemocomponentes são submetidos a rigoroso controle de qualidade e testagem sorológica, o que reduz significativamente, mas não elimina por completo, tais riscos.

3.2. BENEFÍCIOS ESPERADOS DO TRATAMENTO PROPOSTO

O doador declara ter sido informado sobre os seguintes benefícios diretos e indiretos do procedimento:

- Proporcionar ao receptor uma alternativa terapêutica de substituição renal com qualidade e expectativa de vida significativamente superiores às oferecidas pela diálise crônica (hemodiálise ou diálise peritoneal). O transplante renal intervivos oferece as melhores taxas de sobrevida do enxerto e do paciente quando comparado ao transplante com doador falecido, com menor tempo de isquemia fria e melhor compatibilidade genética.
- Para o receptor: eliminação da dependência da máquina de diálise; melhora drástica da qualidade de vida com resgate da autonomia, da capacidade laborativa, da função sexual e do bem-estar psicológico; correção mais completa da síndrome urêmica (anemia, distúrbios ósseos, neuropatia, alterações cardiovasculares); sobrevida média superior a 20 anos para transplantes bem-sucedidos com doador vivo aparentado.
- Para o doador: benefício psicossocial e emocional decorrente do ato altruísta de doar um órgão, com melhora da autoestima e fortalecimento de vínculos familiares ou afetivos; acompanhamento médico vitalício que permite detecção precoce de quaisquer alterações de saúde; a literatura médica demonstra que doadores renais vivos não apresentam redução da expectativa de vida em relação à população geral, desde que adequadamente selecionados e acompanhados.
- Para a sociedade: redução dos custos do sistema de saúde com tratamentos dialíticos crônicos; aumento da disponibilidade de órgãos na lista de espera para outros pacientes.

4. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO

O doador e o receptor declaram ter sido informados acerca das alternativas terapêuticas disponíveis ao transplante renal com doador vivo, conforme descrito a seguir:

a) Permanência em Diálise Crônica (Hemodiálise ou Diálise Peritoneal): O receptor pode optar por manter-se em programa regular de diálise, seja hemodiálise (realizada em clínica especializada, geralmente três vezes por semana, com duração média de quatro horas por sessão) ou diálise peritoneal (realizada pelo próprio paciente em domicílio, por meio de cateter abdominal permanente). Embora a diálise mantenha o paciente vivo, está associada a pior qualidade de vida, maior morbidade cardiovascular, restrições dietéticas e hídricas significativas, fadiga crônica, anemia refratária, maior taxa de hospitalizações e sobrevida inferior à do transplante renal.

b) Transplante Renal com Doador Falecido: O receptor pode permanecer em lista de espera para transplante com rim de doador falecido. Nessa modalidade, não há exposição de um doador vivo aos riscos cirúrgicos, porém o tempo de espera é imprevisível e pode ser prolongado (frequentemente anos, dependendo da tipagem sanguínea, compatibilidade HLA e região geográfica), e as taxas de sobrevida do enxerto são inferiores às do transplante com doador vivo, em razão do maior tempo de isquemia fria e da menor qualidade imunológica do órgão.

c) Tratamento Conservador Não Dialítico: Em situações clínicas específicas, especialmente em pacientes idosos ou com comorbidades graves, o tratamento conservador (medidas de suporte clínico, controle dietético, correção de anemia e distúrbios metabólicos, sem diálise nem transplante) pode ser uma opção. Essa alternativa, porém, não é curativa e está associada à progressão inevitável da uremia e óbito em prazo variável.

d) Opção de Não Tratamento (Abstenção Terapêutica): O receptor tem o direito de recusar qualquer modalidade de tratamento, incluindo a diálise e o transplante. Essa decisão deve ser tomada de forma livre, informada e consciente, após discussão detalhada com a equipe médica acerca das consequências clínicas e do prognóstico. A recusa terapêutica implica progressão inevitável da doença renal para óbito, em prazo variável de acordo com a função renal residual e as comorbidades associadas.

e) Perspectiva Específica para o Doador: O potencial doador tem a alternativa de não realizar a doação, preservando integralmente sua saúde e sua função renal com dois rins funcionantes. Esta é uma opção legítima e isenta de qualquer juízo moral. O direito de desistência a qualquer momento, sem necessidade de justificativa, é garantido por lei e reiteradamente assegurado pela equipe. A não doação não implica qualquer penalidade ou prejuízo ao atendimento do receptor.

Em conformidade com a Lei nº 9.434/1997 e as resoluções do Sistema Nacional de Transplantes, o doador declara expressamente:

- **Que a doação é fruto de sua LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE, isenta de qualquer coação, pressão psicológica, financeira ou familiar.**
- **Que a doação é estritamente GRATUITA, sendo crime a comercialização de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano, sujeita às penas previstas em lei.**
- **Que foi informado sobre o seu direito de DESISTÊNCIA do procedimento a qualquer momento, sem necessidade de justificativa, até o instante imediatamente anterior à incisão cirúrgica.**
- **Que lhe foram explicadas as alternativas terapêuticas para o receptor, incluindo a permanência em diálise e o transplante com doador falecido.**

Esta autorização é concedida ao médico assistente e à sua equipe, bem como a outros profissionais por ele selecionados, para intervir no procedimento conforme seu julgamento técnico, incluindo a necessidade de coparticipação de outros especialistas, a realização de procedimentos adicionais não previamente listados que se tornem necessários durante o ato cirúrgico para preservação da vida e da integridade do paciente, e a utilização de técnicas e recursos disponíveis na instituição.

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.

Tivemos a oportunidade e o tempo suficiente para esclarecer todas as nossas dúvidas relativas ao procedimento, após a leitura e compreensão integral de todas as informações deste documento, antes de nossa assinatura. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica as informações sobre o estado de saúde de ambos os pacientes, incluindo doenças preexistentes, medicamentos em uso contínuo ou eventual, alergias medicamentosas e história cirúrgica pregressa, sem nada ocultar. Recebemos da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão, manutenção ou substituição de medicações em uso no período perioperatório.

Tivemos a oportunidade de formular perguntas, que foram respondidas de maneira clara, satisfatória e compreensível. Entendemos que não existe garantia absoluta de sucesso e que este termo não contempla a totalidade das complicações e riscos possíveis, mas descreve aqueles mais frequentes e relevantes. Fomos amplamente esclarecidos pelo médico assistente e pela equipe multidisciplinar de transplante.

Consentimos, portanto, com a realização da nefroureterectomia para transplante renal conforme aqui descrito, e autorizamos a equipe médica a utilizar seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis por meio dos recursos reconhecidos pela Medicina atual e disponíveis na instituição.

Estamos cientes de que possuímos o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ou prejuízo ao atendimento. Comprometemo-nos a manifestar previamente, de forma expressa e irrevogável, qualquer ato, tratamento ou conduta que optemos por não autorizar.

DOADOR

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

RECEPTOR

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).*