

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TUMOR CEREBRAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

O paciente apresenta uma condição clínica caracterizada pela presença de um tumor cerebral, que consiste no crescimento anormal de células no tecido intracraniano. Esta massa tumoral exerce pressão sobre estruturas vitais do cérebro, podendo causar hipertensão intracraniana, cefaleia (dor de cabeça) intensa, crises convulsivas e déficits neurológicos progressivos. A cirurgia proposta é a Craniotomia para Ressecção Tumoral, procedimento fundamental para a remoção total ou redução do volume da massa (debulking), visando o alívio da compressão cerebral e a obtenção de material para análise histopatológica (biópsia), essencial para o diagnóstico definitivo e planejamento de terapias complementares.

Esclarece-se que o procedimento é estritamente intracraniano, envolvendo a abertura controlada do osso do crânio. Não há qualquer relação entre este tratamento e procedimentos de coluna vertebral (como artrodese), sendo a craniotomia a via de acesso necessária para o tratamento da patologia cerebral identificada.

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

Os benefícios esperados incluem a redução ou eliminação da massa tumoral, o controle da pressão intracraniana e a melhora ou estabilização dos sintomas neurológicos. A cirurgia permite ainda o diagnóstico preciso do tipo de tumor, orientando tratamentos como quimioterapia ou radioterapia. A probabilidade de sucesso é apresentada de forma prudente: embora a técnica cirúrgica vise a máxima ressecção com preservação funcional, o resultado depende da localização do tumor, sua relação com áreas eloquentes do cérebro e sua natureza biológica (benigna ou maligna). A cura completa não pode ser garantida, especialmente em tumores infiltrativos.

A recusa ao tratamento cirúrgico implica em riscos graves, como o crescimento progressivo da lesão, agravamento irreversível de paralisias, perda de visão, fala ou audição, crises convulsivas de difícil controle, coma e óbito por herniação cerebral decorrente da pressão elevada.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

As alternativas ao tratamento cirúrgico de ressecção incluem:

1. Tratamentos não cirúrgicos: Radioterapia, quimioterapia ou radiocirurgia estereotáxica (Gamma Knife), indicados como complemento ou quando a cirurgia é contraindicada.
2. Biópsia Estereotáctica ou Endoscópica: Procedimento menos invasivo apenas para coleta de fragmento, sem remover a massa, indicado quando o tumor está em áreas de altíssimo risco.
3. Cuidados Paliativos: Focados no controle de sintomas com corticosteroides e anticonvulsivantes em casos inoperáveis.

As limitações das alternativas não cirúrgicas residem na impossibilidade de aliviar imediatamente o efeito de massa e a pressão intracraniana que o tumor exerce, o que torna a cirurgia, em muitos casos, a primeira e mais urgente opção.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

A cirurgia é realizada sob anestesia geral. Consiste em uma incisão no couro cabeludo e a abertura temporária de uma janela óssea (craniotomia). Utilizando microscopia cirúrgica e microdissecção, o cirurgião acessa e remove o tumor. Ao final, o osso é reposicionado e fixado com materiais de síntese, e o couro cabeludo é suturado.

Apesar de toda a técnica empregada, existem riscos inerentes ao procedimento:

- Infecção: Meningite, encefalite ou infecção da ferida e do osso craniano.
- Hemorragia: Formação de hematomas intracranianos que podem exigir nova cirurgia de urgência.
- Déficits Neurológicos: Risco de nova fraqueza motora, alterações de fala, memória, visão ou sensibilidade.
- Fístula Liquórica: Vazamento do líquido que envolve o cérebro pela ferida ou vias aéreas.
- Crises Convulsivas: Podem ocorrer no período pós-operatório imediato ou tardio.
- Falha de Cicatrização: Problemas na integração do osso craniano ou rejeição dos materiais de fixação.
- Riscos Vitais: Coma ou óbito em decorrência de complicações sistêmicas ou neurológicas graves.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à complexidade e vascularização do tecido cerebral e do tumor, pode haver perda sanguínea significativa. A transfusão de sangue ou hemoderivados poderá ser realizada para manter a estabilidade hemodinâmica e a oxigenação cerebral. O hospital segue protocolos rigorosos de triagem e compatibilidade, embora existam riscos mínimos de reações alérgicas ou transmissão de infecções, inerentes a qualquer processo transfusional.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O paciente permanecerá internado por um período estimado de 3 a 7 dias, sendo as primeiras 24 a 48 horas obrigatoriamente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para monitorização neurológica contínua. A reabilitação pode incluir fisioterapia e fonoaudiologia. Os cuidados pós-operatórios exigem repouso relativo, uso de medicamentos (corticoides e anticonvulsivantes) e cuidados com a sutura.

Sinais de Alerta: O paciente deve buscar atendimento imediato em caso de dor de cabeça intensa súbita, febre, saída de líquido claro pela ferida, crises convulsivas, sonolência excessiva, confusão mental ou nova perda de força nos membros.

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)*