

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

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A condição clínica que justifica o procedimento proposto é a presença de ronco primário e/ou Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), podendo ser decorrente de hipertrofia de amígdalas, palato mole alongado e úvula redundante. Esta patologia caracteriza-se pela dificuldade de passagem do fluxo de ar pela orofaringe durante o sono, o que resulta em roncos, paradas respiratórias (apneias), sono não reparador e sonolência diurna. A cirurgia indicada compreende a Uvulopalatofaringoplastia, frequentemente associada à amigdalectomia, que consiste na remoção e remodelação dos tecidos da úvula, palato mole e amígdalas. O objetivo principal é ampliar o espaço da via aérea na garganta e reduzir a vibração dos tecidos. Esclarece-se, para fins de precisão diagnóstica, que este procedimento é estritamente orofaríngeo (localizado na garganta), não apresentando qualquer relação com cirurgias de outras cavidades cranianas ou procedimentos odontológicos complexos.

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

Os benefícios esperados incluem o alívio significativo ou eliminação dos roncos, melhora na qualidade do sono e da capacidade física, e redução dos episódios de apneia. A probabilidade de sucesso é elevada, sendo este um dos procedimentos mais realizados na otorrinolaringologia para distúrbios do sono. Todavia, é fundamental compreender que a medicina não é uma ciência exata; a resposta biológica é individual e não se pode garantir a eliminação de 100% de todo e qualquer sintoma respiratório noturno, especialmente em pacientes com obesidade ou ganho de peso futuro. Além disso, os tecidos da faringe podem sofrer alterações de flacidez ao longo do tempo. A recusa ao tratamento cirúrgico implicará na progressão da dificuldade respiratória noturna, agravamento de distúrbios do sono (como a apneia), sonolência diurna e possíveis complicações cardiovasculares secundárias, como hipertensão e arritmias.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação cirúrgica, foram consideradas ou tentadas alternativas não cirúrgicas, tais como: Uso de aparelhos de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP). Uso de aparelhos intraorais de avanço mandibular. Perda de peso e medidas de higiene do sono. Fonoterapia para fortalecimento da musculatura faríngea. Tratamento clínico de alergias nasais associadas. Contudo, em casos de alterações anatômicas obstrutivas significativas na orofaringe ou falha/intolerância aos tratamentos conservadores, a intervenção cirúrgica convencional permanece como a opção mais eficaz para a resolução do quadro obstrutivo.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento é realizado sob anestesia geral e envolve incisões internas na cavidade oral (orofaringe). O cirurgião remove excessos de mucosa do palato mole e da úvula, além de realizar a extração das amígdalas (quando indicado), reposicionando e suturando os tecidos para ampliar a via aérea. Pode ser necessária a utilização de fios de sutura absorvíveis na garganta. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são:

1. Complicações Respiratórias e de Via Aérea
 - Edema de orofaringe
 - Obstrução respiratória aguda
 - Necessidade de reintervenção ou intubação (rara)
 - Agravamento transitório da apneia no pós-operatório imediato
2. Complicações Dolorosas e Funcionais



- Odinofagia intensa (muito comum)
 - Dificuldade para engolir (disfagia)
 - Dor irradiada para ouvidos (otalgia refletida)
 - Alteração temporária da fala
3. Complicações Hemorrágicas
- Sangramento intraoperatório
 - Hemorragia tardia (até 10–14 dias), podendo ser significativa
 - Necessidade de cauterização ou revisão cirúrgica
4. Complicações Infeciosas
- Infecção de orofaringe
 - Febre, halitose intensa
 - Abscessos raros (peritonsilar ou retrofaríngeo)
5. Alterações Permanentes ou de Longo Prazo
- Rinofonia (voz “nasal”)
 - Escape de ar ou de líquidos pelo nariz (incompetência velofaríngea)
 - Sensação de corpo estranho na garganta
 - Cicatrização irregular com fibrose
 - Insatisfação estética ou funcional com o resultado (ronco persistente)
6. Complicações Neurológicas / Sensitivas
- Alteração de sensibilidade local
 - Dor neuropática crônica (rara)
7. Complicações Graves (Raras)
- Edema severo com risco respiratório
 - Aspiração
 - Necessidade de internação prolongada
 - Óbito

E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como (deixar em branco se não houver):

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à natureza da cirurgia, que envolve tecidos altamente vascularizados, pode ocorrer perda sanguínea. Embora raro em cirurgias orofaríngeas eletivas, a transfusão de sangue ou hemoderivados poderá ser indicada em casos de hemorragia severa para manter a estabilidade hemodinâmica e a segurança vital do paciente. Todos os protocolos de triagem, compatibilidade e segurança transfusional serão rigorosamente seguidos para minimizar riscos.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O período médio de internação varia de 12 a 24 horas. A reabilitação exige repouso relativo nos primeiros dias, com o paciente devendo manter a cabeça elevada para reduzir o edema. Cuidados Críticos Pós-Operatórios: Manutenção de dieta rigorosamente líquida e pastosa, preferencialmente fria ou gelada, nos primeiros dias, conforme prescrição. Abstenção total de realizar esforços físicos intensos por 15 a 30 dias. Evitar alimentos quentes, duros, ácidos ou condimentados para prevenir sangramentos e dor. Uso de medicamentos analgésicos e antibióticos conforme orientação médica.

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)*.