

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
CIRURGIA DE MASTOPLASTIA DE AUMENTO
(Cirurgia para Aumento das Mamas)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS:

Esta é uma das cirurgias plásticas bastante procuradas pelas pacientes que estão descontentes com o volume de suas mamas, sendo também indicada para melhorar o aspecto estético das mesmas.

A cirurgia de aumento mamário não só proporcionará mamas maiores, mas também vai elevar a altura das aréolas e dos mamilos, quando estes estiverem caídos. Mamas com quedas moderadas e grandes não serão elevadas com o uso de implantes. Será necessário a retirada de pele concomitante. Observar que os mamilos são normalmente divergentes, ou seja, levemente voltados para fora em quase todas as mamas. Esta posição não será alterada com a cirurgia.

Os implantes de silicone, após sua colocação, são naturalmente envolvidos por uma cápsula, o que é uma reação normal do organismo.

Em algumas das pacientes esta cápsula se torna vigorosa o suficiente para endurecer a mama e até modificar o formato do cone mamário, conferindo-lhe um formato antiestético, endurecido e, às vezes, doloroso.

Quando ocorrer a contratura, será necessária uma nova cirurgia para troca de prótese e, em alguns casos, será preciso retirar os implantes, o que deixaria as mamas flácidas, requerendo uma nova modelagem, sem a possibilidade do aumento mamário. Este risco deve ser perfeitamente entendido e aceito antes da cirurgia.

O novo formato das mamas não será eterno, ou seja, estará sujeito às mudanças do tempo e, principalmente, às modificações de volume que a glândula mamária sofrerá pelas mudanças hormonais e, particularmente, pelas gestações.

Ao longo dos anos poderão ser indicadas novas cirurgias com troca dos implantes para restaurar o formato obtido anteriormente.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

1. Tipo de anestesia: anestesia geral. Em casos especiais, e a critério do cirurgião, pode-se empregar peridural alta ou local com sedação assistida.

2. Tempo de duração do ato cirúrgico: a média é de 90 minutos, até 120 minutos, dependendo do caso.

3. Período de internação: De 12 a 24 horas. Podendo variar de pessoa a pessoa.

4. Evolução pós-operatória: até ser atingido o resultado ideal, diversas fases ocorrerão e são características do período evolutivo pós-cirúrgico:

4.1. Cicatrização: o local das cicatrizes pode variar de acordo com a escolha do cirurgião, podendo ficar situadas no sulco formado entre a mama e o tórax, ou na área da aréola ou, ainda, na axila. A cicatrização transcorrerá por três períodos distintos, a saber: até o 30º dia, o corte apresenta bom aspecto, podendo ocorrer discreta reação aos pontos ou aos curativos. Do 30º dia ao 12º mês haverá um espessamento natural da cicatriz e uma mudança na sua coloração, passando do vermelho para o marrom, para, em seguida, começar a clarear. Por ser o período menos favorável da evolução cicatricial, é também o que mais preocupa as pacientes. Todavia, ele é temporário, bem como varia de pessoa a pessoa. Do 12º ao 18º mês, a cicatriz começa a tornar-se mais clara e menos espessa até atingir seu aspecto definitivo. QUALQUER AVALIAÇÃO DO RESULTADO DEFINITIVO DE UMA CIRURGIA, NO QUE DIZ RESPEITO À CICATRIZ, DEVERÁ SER FEITA APÓS UM PERÍODO DE 18 MESES.

4.2. TAMANHO, CONSISTÊNCIA E FORMA: com a cirurgia, não só as mamas têm seu volume aumentado, como podem ser melhoradas a sua consistência e forma. O novo volume pode ser escolhido, já que se tem à disposição vários tamanhos de peças de silicone, porém, é importante lembrar que esta escolha deve obedecer à **norma de harmonia** em relação, não só ao tórax da paciente, quanto ao seu físico, como um todo. As “novas mamas” vão passar por períodos evolutivos, que são os seguintes: até o 30º dia sua forma e volume ainda estão aquém do resultado planejado, já que **nenhuma mama será “perfeita” no pós-operatório imediato**. Do **30º dia ao 3º mês** continua a evolução para a forma definitiva. Pode ainda ocorrer um maior ou menor grau de edema (inchaço). Do **3º ao 12º mês** é quando a mama vai atingir seu aspecto definitivo, no que diz respeito à cicatriz, forma, consistência, volume e sensibilidade. No resultado final tem grande importância o grau de elasticidade da pele das mamas e o volume da prótese introduzida, já que o equilíbrio entre ambos é variável de caso para caso (bem como o cuidado que a paciente tem consigo). Este é o momento ideal para fazer a fotografia comparativa entre o pré e o pós-operatório. Nos casos em que forem usadas próteses muito

grandes, devido ao peso delas e associadas ou não a pele de mamas com elasticidade de má qualidade (estrias e flacidez) poderá ocorrer uma ptose (queda) das mamas num período mais precoce que a média.

5. Cicatrizes antiestéticas: certas pacientes, em decorrência do seu tipo de pele, podem apresentar uma tendência a formar cicatrizes hipertróficas ou à formação de queiloide. Dentro do possível, essa tendência pode ser prevista durante a consulta inicial, pelo levantamento da vida clínica pregressa da paciente e de suas características familiares. Nem sempre isto será possível. Pessoas de pele clara têm menor probabilidade dessa ocorrência, sendo maior nas de pele morena ou de descendência oriental. Contudo, há vários recursos clínicos e cirúrgicos que auxiliam a contornar ou diminuir o problema das cicatrizes inestéticas, quando estas ocorrerem. O importante é não confundir o período de cicatrização (em especial o que vai do 30º dia ao 12º mês) com complicação cicatricial, lembrando que mesmo que o resultado inicial seja muito bom, será somente após o 12º mês que as mamas atingirão sua forma definitiva.

6. Dor no pós-operatório: uma evolução normal não deve apresentar dor e para isso é importante que a paciente obedeça às instruções médicas, em especial no que diz respeito à movimentação dos braços e ao **esforço físico** nos primeiros dias. Eventualmente, ocorrendo uma manifestação dolorosa, esta facilmente deverá ceder com os analgésicos prescritos. Caso isso não ocorra, contatar com seu(sua) médico(a).

7. Fitas de Micropore: estarão protegendo as cicatrizes, sendo normal algum sangramento ou a presença de coágulos sob elas. E, também, você estará usando um soutien modelador.

8. Amortecimento: é normal que ocorra, principalmente na aréola, quando as próteses forem colocadas por esta via.

9. Náuseas: poderão ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

10. Edema (inchaço): presente no início, mas não impedindo as atividades básicas. Um edema mínimo pode persistir por uma semana ou mais.

11. Retirada dos pontos: retirados quando necessário em torno de 10 dias.

12. Banho: liberado no segundo dia após a cirurgia. Evite molhar as fitas e micropore. Se necessário, secá-las com secador de cabelo, em temperatura morna ou fria.

13. Repouso: não fazer repouso adicional. Não se deite de bruço durante 2 meses, e, quando no leito, movimente várias vezes os pés e as pernas.

14. Uma nova gravidez: caso ocorra, o bom resultado da mamoplastia pode ser alterado dependendo da variação de peso. Portanto, evite ganhar peso excessivo.

15. Caminhar: normal, sendo aconselhável o uso de meia elástica (compressão suave) durante 30 dias, após a cirurgia.

16. Caminhada esportiva: após 30 dias. Ginástica, geralmente, após 120 dias, adotando a técnica de exercícios progressivos.

17. Retração da cápsula: em torno dos implantes colocados, o organismo forma naturalmente uma cápsula. Todavia, há casos em que essa cápsula pode sofrer uma retração exagerada, favorecendo um certo grau de endurecimento. Nos casos de retração exagerada, as próteses poderão ser retiradas pela mesma cicatriz por onde foram introduzidas. Sendo esta retração uma peculiaridade de cada organismo, não há como o cirurgião prevê-la, bem como, em tal ocorrência, nenhuma responsabilidade lhe cabe, já que o fato deriva de uma resposta individual do organismo da paciente, e não de erro de técnica cirúrgica.

18. Ficar no domicílio: até 24 horas após a cirurgia.

19. Trabalho: geralmente é liberado após o 5º dia de pós, desde que sem esforço excessivo para os braços.

20. Movimento dos braços: não levantar os cotovelos acima dos ombros por 7 dias.

21. Peso: não carregar pesos acima de 5 kg, por 7 dias.

22. Dirigir automóvel: só depois do 7º dia de pós.

23. Sol: desde que não incida sobre as cicatrizes, decote ou ainda áreas eventualmente roxas, é liberado após 30 dias. Usar protetor solar.

24. Troca de Fitas de Micropore: após seu médico liberar, você as trocará somente uma vez por semana, durante, aproximadamente, três meses.

25. Relação sexual: após 07 dias, evitando pressão sobre as mamas durante 1 mês.

26. Alta completa: após 06 meses você será submetida a nova consulta e a fotos pós-operatórias para controle da qualidade dos resultados. Na ocasião, se necessário, poderão ser sugeridos pequenos retoques para acomodar a pele ou melhorar as cicatrizes. Escolha com seu médico a época mais oportuna para estes pequenos procedimentos de refinamento da sua cirurgia.

27. Prazo de durabilidade das próteses: Os fabricantes dos implantes de silicone garantem sua alta qualidade, mas não é possível prever sua durabilidade. Em geral, a troca deverá ser feita entre 10 a 20 anos após sua colocação, tendo como base queixas clínicas de desconforto local, endurecimento, aumento de sensibilidade e de exames diagnósticos específicos, estando a paciente ciente desta necessidade. O motivo da futura necessidade da troca das próteses está relacionado ao desgaste natural da capa externa das próteses que

levará ao extravasamento do silicone gel existente no interior delas e que provocará uma reação do organismo.

28. Relação entre Implantes Mamários (próteses mamárias) e o Risco de Linfoma Anaplásico de Grandes Células na Mama (ACLCL): existe estudos estatísticos que mostram que para cada 500 mil cirurgias de implante ocorre um caso de ACLCL, porém, até o momento, conforme nota de Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, não está provado cientificamente que o implante mamário (prótese) tenha sido a causa da doença.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

Comunicar até 2 dias antes da cirurgia ocorrências como gripe, indisposição, febre, período menstrual, etc.

Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado na guia.

Evitar todo e qualquer medicamento para emagrecer ou anticoagulante, por um período de 10 dias antes do ato cirúrgico (incluindo também os diuréticos).

Evitar bebidas alcoólicas ou refeições fartas na véspera da cirurgia.

Programar suas atividades sociais, domésticas ou escolares, de modo a não se tornar indispensável a terceiros por um período aproximado de 2 semanas.

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

Não movimentar os braços em excesso. Obedecer às instruções que serão dadas por ocasião da alta hospitalar relativas à movimentação dos membros superiores ou massagens.

Obedecer rigorosamente à prescrição médica.

Voltar ao consultório para a troca de curativos e controle pós-operatório nos dias e horários marcados.

Alimentação normal (salvo em casos especiais, os quais receberão orientação específica).

Devido ao fato de estar sentindo-se muito bem, a paciente, às vezes, pode esquecer-se de que foi operada recentemente, permitindo-se esforços prematuros que poderão lhe trazer prejuízos. Evite fazê-los.

Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.

RISCOS

Além dos riscos gerais de toda e qualquer cirurgia, o procedimento de **Aumento Mamário** apresenta os seguintes riscos: endurecimento e/ou deformação e/ou dor por contratura capsular em uma ou em ambas as mamas, podendo esta complicação ocorrer em época recente, após a cirurgia, ou mais tardiamente; infecção e exposição para fora da pele (extrusão da prótese); movimentação das próteses, favorecendo uma forma insatisfatória das mamas; ruptura da prótese durante ou após a cirurgia, com extravasamento de silicone, requerendo sua substituição; assimetria de forma e/ou tamanho (diferença entre uma mama e outra), seja ela uma nova assimetria ou acentuação de uma assimetria preexistente; assimetria na forma e/ou posição e/ou tamanho dos mamilos e aréolas (diferença entre o de um lado e do outro); perda da sensibilidade do mamilo, da aréola e/ou de outros locais da mama de maneira transitória ou definitiva; formato e/ou tamanho insatisfatório das mamas em relação à expectativa da paciente; acúmulo de sangue ou líquido (hematoma, seroma) no local da prótese, requerendo drenagens locais ou, até mesmo, troca da prótese; prejuízo ao exame profilático da mama, seja clínico, ou de Raio X (mamografia) ou por Ultrassom (ecografia); manchas na pele local ou à distância (rush cutâneo) e, por fim, estrias permanentes na mama. O seu médico está à sua disposição para explicar cada um destes riscos e o que poderá ser feito, caso alguma destas situações infrequentes se evidencie.

OBS.: Não há até o presente momento um parecer definitivo sobre o tempo de validade dos implantes, mas a paciente com próteses deve fazer exames periódicos de controle por Ressonância Magnética e, na eventualidade de qualquer alteração ou anormalidade nas mamas operadas, em qualquer época após a cirurgia, deve procurar, imediatamente, seu médico.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pela cirurgia e, em especial, antes de se internar para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste Termo de Consentimento. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine toda dúvida que, por ventura, ainda reste.

RETOQUE

Toda cirurgia plástica, apesar da perícia e da capacidade dos profissionais responsáveis e dos esforços e das cautelas por estes empregadas, poderá necessitar de retoques ou cirurgias complementares, de maior ou menor porte, com o objetivo de alcançar o melhor resultado.

Em caso de retoques ou de cirurgias complementares, os custos hospitalares e os dos outros profissionais, exceto o de cirurgião, serão assumidos pelo(a) paciente.

Em caso de retoques ou de refazimento da cirurgia que não atingiu resultado satisfatório, comprometer-se-á o profissional responsável a novamente a envidar todos os seus conhecimentos e esforços necessários, para alcançar o melhor resultado possível dentro das limitações que uma área já anteriormente submetida a um procedimento cirúrgico pode oferecer. Eximindo-se, no entanto, da obrigação de alcançar, neste caso, um resultado de perfeição. É de suma importância salientar que uma cirurgia plástica, nem sempre, alcança seu melhor resultado com apenas um procedimento cirúrgico, razão pela qual, retoques poderão se tornar necessários e são tidos como parte integrante desta especialidade.

DO CONSENTIMENTO:

Eu _____, portador(a) do CPF nº _____, **DECLARO** ter acessado o site www.laerciocadoreplastica.com.br, ter lido e tomado plena ciência de todas as INFORMAÇÕES PRÉ e PÓS-CIRÚRGICAS, além de recebido todos os esclarecimentos necessários, referentes ao(s) procedimento(s) cirúrgico(a) a que serei submetido(a), reconhecendo expressamente, estar ciente de todos os relevantes fatos e implicações, portanto, dou meu consentimento para que o Dr. Laércio Cadore CRM 4656 RQE 1524, e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima descrito de AUMENTO DAS MAMAS, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes. Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anestesiológico e suas respectivas equipes a realizarem os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar. Entendo e aceito que tanto o cirurgião, quanto sua equipe, se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos. Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional, além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes. Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos

necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que dou meu consentimento para o uso dos mesmos com apenas finalidade científica, e desde que fique em sigilo minha identidade, sendo ciente da lei nº 13.709 de 14 de Agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que todos as informações pessoais e fotos tiradas no pré e pós operatório fornecidos neste respectivo estabelecimento estarão sobre sigilo em concordância da LGPD. Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste Termo, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Cirurgia(s) proposta(s):

Brusque/SC, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente ou responsável

CPF: _____

Assinatura da Testemunha

CPF: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO – INFORMAÇÃO

1. Eu, _____, por determinação explícita de minha vontade e em consideração ao meu interesse, autorizo a todos os profissionais vinculados a minha assistência, efetuar os procedimentos anestésicos necessários à realização da cirurgia que, no momento, proponho-me a realizar.

2. Foi-me dado a entender que: as condutas propostas serão conduzidas de acordo com os princípios éticos básicos de respeito pelo ser humano, da maximização de benefícios e minimização de danos e pela obrigação de tratamento moralmente certo e adequado, buscando sempre dar a cada um aquilo que lhe é de direito.

3. Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre a natureza, consequências e riscos dos procedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento anestésico poderá necessitar de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos como, em princípio, não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, um risco de vida.

4. Os seguintes pontos me foram esclarecidos:

a) Poderá haver dor de garganta, lesões em cavidade oral, sangramento nasal e oral em pequena quantidade e anestesia de partes da língua por causa da manipulação das vias aéreas, em casos de necessidade de intubação orotraqueal;

b) Poderão ocorrer dores de cabeça, dores nas costas, tonturas, vertigens, dificuldade respiratória e desmaios, no momento da recuperação anestésica (na sala de recuperação);

c) Poderá ocorrer sede, devido ao tempo de jejum prolongado;

d) Poderá ocorrer dores nos locais de punções de veias e/ou artérias e flebites, devidos aos materiais utilizados para a manutenção dos mesmos (materiais sintéticos) e medicamentos utilizados;

e) Poderão ocorrer ardência nos olhos, lesões oculares e deslocamentos de lentes de contato (principalmente após despertar de anestésias gerais) e perda de pêlos por causa da colocação de esparadrapos e eletrodos (para a monitorização cardíaca);

f) Poderão ocorrer frio, tremores, áreas de falta de aumento da sensibilidade após realização de bloqueios (que poderão ser parciais ou totais por um período indeterminado e, apesar de raro, poderão ser permanentes) ou por vícios de postura (algumas situações cirúrgicas somente podem ser realizadas adotando-se algumas posições desconfortáveis para o paciente);

g) Poderá haver transtornos de comportamento afetivo e de memória, em geral na forma de ansiedade e, apesar de raros, quadros psicológicos mais complexos.

5. Aceito o fato de que o tabagismo, uso de álcool ou drogas são fatores que embora não impeçam a realização de anestésias, podem determinar uma incidência maior de complicações descritas acima.

6. Reconheço que, durante o curso do ato anestésico, existem aspectos que não podem ser previamente identificados e, por isto, eventualmente necessitam de procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados. Por isso, estou ciente e autorizo o meu anestesiológico, bem como os seus assistentes, a realizarem qualquer técnica ou tratamento necessário para a condução do ato anestésico incluindo, mas não limitando, procedimentos de remoção de urgência e terapia intensiva em outras Instituições.

7. Entendo que o médico anestesiológico e toda a sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios científicos à sua disposição para tentar, com sua arte, atingir um fim desejado, porém não certo. Assim, por estar consciente de que a medicina não é uma ciência exata, e que é impossível preverem-se resultados em quaisquer práticas anestésicas, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados nos procedimentos anestésicos propostos.

8. Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, oral e/ou por escrito, pois em assim não o fazendo, poderei provocar a frustração dos fins desejados, pôr em perigo a minha saúde ou meu bem estar, ou ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

9. Autorizo o registro (em prontuário médico e/ou computador e/ou som, etc) dos procedimentos necessários para a realização da anestesia proposta, sendo que todas as informações serão mantidas em sigilo absoluto e divulgadas apenas aqueles que tem direito legal às mesmas.

10. Autorizo a transfusão sanguínea, quando os substitutos para a mesma não forem suficientes para controlar as condições hemodinâmicas, e em caso de sangramento intenso no transoperatório.

Autorização:

Entendo que os meios utilizados visando assegurar a compreensão adequada das informações foram observações e, embora sendo sabedor(a) de que os procedimentos aos quais me submeterei, além de serem de risco, poderão ocasionar as alterações descritas acima e limitação das minhas atividades

cotidianas por um período indeterminado de tempo, aceito e autorizo que os profissionais acima designados realizem os procedimentos constantes neste termo de autorização.

Brusque/SC, _____ de _____ de _____.

Paciente

Testemunha