

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA (Cirurgia de redução ou elevação mamária)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

É **uma das mais comuns** entre as cirurgias plásticas, sendo indicada para melhorar o aspecto estético das mamas, para o tratamento profilático de certas doenças e na prevenção de problemas causados por mamas muito volumosas (em especial, dores nas costas).

Importante lembrar que uma mama nunca é igual a outra, aceitando-se como dentro da normalidade uma diferença de 15% entre o tamanho e a forma das mamas de uma mesma paciente. Isto ocorre, e é considerado “normal”, pelo fato de que um lado do corpo não é igual ao outro. Assim, esta diferença poderá persistir, também, após a cirurgia, e a paciente deve estar preparada para isto.

Na cirurgia de redução mamária, o tamanho final da mama será decorrente da média entre o desejo expressado pela paciente e o quanto foi possível diminuir a mama, sem aumentar exageradamente a cicatriz.

Lembrar que uma cicatriz existirá sempre, e ela pode ser de boa, regular, ruim ou de péssima qualidade, ficando este resultado na dependência do tipo de pele da paciente e de sua particular e individualíssima resposta ao processo de cicatrização, sobre a qual o médico não tem qualquer ingerência.

A forma e a extensão das cicatrizes serão definidas durante a cirurgia, dependendo das condições encontradas, mas sempre será buscado o melhor formato possível, dentro de um menor tamanho de cicatriz.

Após a regressão do edema (inchaço), que é natural e esperado devido à cirurgia, é possível que as mamas sofram uma pequena queda (ptose), o que será variável de pessoa a pessoa, pois esta queda está ligada a inúmeros fatores, tais quais: gestações, influências hormonais, genéticas, tipo de pele e idade. De igual modo, é preciso que a paciente esteja consciente de que as mamas vão continuar sofrendo o efeito da permanente ação da gravidade e que ficarão na dependência da capacidade dos tecidos (de cada paciente), de se contraporem a este efeito.

Por estas mesmas causas é impossível prever por quanto tempo as mamas manterão seu formato e posição, quando já decorridos alguns anos da cirurgia. Elas não são imunes aos efeitos do tempo, da gravidade e da saúde da paciente. E a cirurgia, por óbvio, não interrompe os efeitos deletérios do tempo.

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: vai depender do tipo da mama a ser operada. A média é de 4 horas.

3. Período de internação: em geral, 12 horas, ou a critério do cirurgião.

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

4.1 CICATRIZAÇÃO: as cicatrizes variam de acordo com o tamanho das mamas a serem reduzidas e podem ter o formato de “T”, de “L”, de “I”, ou ainda ser periareolar (em torno da aréola). 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 24 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 DE MAMAS SÓ PODERÁ SER FEITA APÓS O PERÍODO DE 18 MESES.**

4.2 TAMANHO, CONSISTÊNCIA E FORMA: com a cirurgia, não só as mamas têm seu volume reduzido, como podem ser melhoradas a sua consistência e forma, tudo obedecendo à norma de harmonia em relação ao físico da paciente como um todo. Portanto, de igual maneira como ocorreu com o processo de cicatrização, também as “novas mamas” vão passar por períodos evolutivos, que são os seguintes: até o 30º dia sua forma ainda está aquém do desejado, apesar de já apresentarem um melhor aspecto; é comum a ocorrência de edema (inchaço). Do 30º dia ao 8º mês continua a evolução para a forma definitiva, não sendo raros os casos de insensibilidade ou de hipersensibilidade do mamilo. Pode ainda ocorrer edema (inchaço). Do 8º ao 18º mês é o período no qual 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 final obtido, já que o equilíbrio entre ambos é variável de caso a caso.

Nos casos de mamoplastias com correção de flacidez, em razão do comprometimento da elasticidade da pele (capacidade de segurar a mama firme), após o 3º ou 4º mês de pós-operatório, as mamas sofrerão de leve a moderada flacidez, dependendo o caso das características da pele de cada paciente. Em alguns casos esta flacidez já se manifestará no final do primeiro mês

5. CICATRIZES ANTIESTÉTICAS: certas pacientes, em decorrência do seu tipo de pele, podem apresentar uma tendência a formar cicatrizes hipertróficas ou à formação de quelóide. Dentro do possível, MAS NEM SEMPRE, essa tendência pode ser prevista durante a consulta inicial, pelo levantamento da vida clínica pregressa da paciente e de suas características familiares. Pessoas de pele clara têm menor probabilidade dessa ocorrência. Contudo, há vários recursos clínicos e cirúrgicos que auxiliam a contornar, TOTAL OU APENAS PARCIALMENTE, 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 entre o 12º e o 18º mês que as mamas atingirão a nova forma dada pela cirurgia.

6. Dor no pós-operatório: é discreta e minimizada com analgésicos leves. Costuma ser mais frequente no período pré-menstrual. Pode ocorrer dor no braço, devido à anestesia e a postura durante a cirurgia.

7. Fitas de Micropore: estarão protegendo as cicatrizes, evitando seu alargamento.

8. Amortecimento: principalmente na aréola e mamilos. Sua recuperação parcial ou total pode se dar após 01 ano ou mais.

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

10. Edema (inchaço): presente. Impedirá a visualização do resultado final por, aproximadamente, 3 a 10 meses, sendo mais frequente pela manhã, em dias quentes e no período pré-menstrual. Não impedirá as atividades básicas.

11. Retirada dos pontos: geralmente retirados em torno de 14 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 bruços ou de lado sobre as mamas durante 02 meses, e quando no leito, movimente várias vezes os pés e as pernas.

14. Andar: andar normalmente. É aconselhável o uso de meias elásticas (suave compressão), durante 30 dias, para evitar trombose. Peça auxílio ao(a) acompanhante para calçar as meias, devido ao esforço requerido para calçá-las.

15. Caminhadas esportivas e esportes que não envolvam a área operada: após 45 dias. Ginástica e esportes que envolvam a área operada (musculação para braços, ombros, peitorais e dorso, natação, aeróbica etc.) após 4 meses, adotando a técnica de exercícios progressivos.

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

17. Trabalho: geralmente é liberado depois do 7º dia de pós, desde que sem esforço excessivo para os braços

18. Movimento dos braços: não levantar os cotovelos acima dos ombros durante 01 mês.

19. Peso: não carregar pesos acima de 5 kg, durante 1 mês.

20. Dirigir automóvel: após 10 dias.

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

22. Troca de Fitas de Micropore: após seu médico liberar, você as trocará somente uma vez por semana. Após 30 dias, você passará a usar **Fitas e Discos de Silicone** sobre as cicatrizes por, aproximadamente, 3 meses, além de um creme para massagens noturnas sobre as cicatrizes.

23. Relação sexual: após 15 dias, evitando pressão sobre as mamas por 2 meses.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

1. Comunicar até 2 dias antes da cirurgia ocorrências como gripe, indisposição, febre, período menstrual, dor, etc.
2. Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado na guia.
3. Evitar todo e qualquer medicamento para emagrecer ou anticoagulante, por um período de 10 dias antes do ato cirúrgico (incluindo também os diuréticos).
4. Evitar bebidas alcoólicas ou refeições fartas na véspera da cirurgia.
5. 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

1. Evitar esforço físico nos primeiros 30 dias.
2. Não movimentar os braços em excesso. Obedecer às instruções que serão dadas por ocasião da alta hospitalar, relativas à movimentação dos membros superiores.
3. Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
4. Voltar ao consultório para a troca de curativos e controle pós-operatório nos dias e horários marcados.
5. Alimentação normal (salvo em casos especiais, os quais receberão orientação específica).
6. Devido ao fato de estar se sentindo muito bem, a paciente, às vezes, pode esquecer-se de que foi operada recentemente, permitindo-se esforços prematuros que poderão lhe trazer prejuízos. Evite isto.
7. Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar seu(sua) cirurgião(ã).
8. 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.
9. **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 **Redução ou Elevação Mamária** também apresenta os seguintes riscos que, mesmo sendo raros, você deve estar preparada para isto: **necrose** de retalho e da aréola (especialmente em fumantes); podendo ocorrer também a perda do mamilo; **persistência** de excesso de pele e/ou gordura e/ou tecido mamário, resultando em forma antiestética da mama ou de parte dela; **a forma** da mama, da auréola e/ou do mamilo poderá ficar diversa do esperado pela paciente; **perda** ou diminuição da sensibilidade da aréola, do mamilo ou de alguma parte da mama, podendo esta sensação ser temporária ou permanente, não sendo possível prevê-la; assimetria da forma e/ou do tamanho das mamas, podendo esta **assimetria** ser recente ou ser a acentuação de uma assimetria já existente anteriormente; **assimetria** de forma e/ou posição e/ou tamanho dos mamilos e aréolas; **hematoma** (raro).

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.

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 alguma dúvida restante.

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(a) Dr. Laércio Cadore CRM 4656 RQE 1524, e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de REDUÇÃO E/OU LEVANTAMENTO MAMÁRIO, 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 realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar. 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 por mim, 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 de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade, sendo ciente da lei nº 13.709 de 14 de Agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que todas 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 _____.

CPF: _____

Assinatura do(a) paciente ou responsável

CPF: _____

Assinatura da Testemunha

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