

#### TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE MASTOPLASTIA DE AUMENTO (CIRURGIA PARA AUMENTO DAS MAMAS)

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:

( ) Paciente e ou ( ) Responsável: \_\_\_\_\_, quanto aos principais aspectos relacionados à **CIRURGIA DE MASTOPLASTIA DE AUMENTO (CIRURGIA PARA AUMENTO DAS MAMAS)** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

Declara, outros, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado.

#### PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

**1 - 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 contração, 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.

#### **2 - 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:** 24 horas (para anestesia geral); 12 horas (quando utilizada peridural alta) e 12 horas (quando a anestesia for local com sedação assistida). 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:

**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.**

**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.

**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, 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.

#### **A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:**

1. Comunicar até 2 dias antes da cirurgia ocorrências como gripe, indisposição, febre, período menstrual, etc.
2. Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado pelo seu cirurgião.
3. Evitar todo e qualquer medicamento para emagrecer 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. 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.
2. Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
3. Voltar ao consultório para a troca de curativos e controle pós-operatório nos dias e horários marcados.
4. Alimentação normal (salvo em casos especiais, os quais receberão orientação específica).
5. 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.
6. 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.
7. Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.

#### **3 – 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 alguma dúvida restante.

#### DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização da **CIRURGIA DE MASTOPLASTIA DE AUMENTO (CIRURGIA PARA AUMENTO DAS MAMAS)** e/ou Procedimentos prescritos. Declaro que recebi do (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos e complicações do tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **CIRURGIA DE MASTOPLASTIA DE AUMENTO (CIRURGIA PARA AUMENTO DAS MAMAS)** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

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.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

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.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

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. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

#### TESTEMUNHAS

##### 1ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

##### 2ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

#### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo a **CIRURGIA DE MASTOPLASTIA DE AUMENTO (CIRURGIA PARA AUMENTO DAS MAMAS)** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura

#### INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

##### TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1 – Todos os documentos pessoais.
- 2 – Exames realizados.
- 3 – Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4 – Risco Cirúrgico.
- 5 – Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6 – Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7 – Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8 – Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

#### O PROCEDIMENTO

- 1- Manter jejum de no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2- Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
  - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume de preferência sem água ou com muito pouca água.
  - Se diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3 – Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4 - Horário da cirurgia: O horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

#### OUTRAS ANOTAÇÕES