

**TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE
CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA (CIRURGIA DE REDUÇÃO OU ELEVAÇÃO
MAMÁRIA)**

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 MAMOPLASTIA REDUTORA (CIRURGIA DE REDUÇÃO OU ELEVAÇÃO)** 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: 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.

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: 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:

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

CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA (CIRURGIA DE REDUÇÃO OU ELEVAÇÃO MAMÁRIA)

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 DE MAMAS SÓ PODERÁ SER FEITA APÓS O PERÍODO DE 18 MESES.

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.

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.

21. Dirigir automóvel: após 10 dias.

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

23. 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.

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

25. Ita completa: após 6 meses você será submetida a nova consulta e tomada das fotos pós-operatórias para controle da qualidade dos resultados. Na ocasião, se necessário, poderão ser sugeridos pequenos retoques para acomodar a pele que, por falta de elasticidade, possa estar comprometendo o formato mamário. Poderão ainda ser sugeridos retoques para melhorar as cicatrizes ou o formato das mamas. 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. 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.

3 - 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.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização da **CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA (CIRURGIA DE REDUÇÃO OU ELEVAÇÃO MAMÁRIA)** 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 MAMOPLASTIA REDUTORA (CIRURGIA DE REDUÇÃO OU ELEVAÇÃO MAMÁRIA)** 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

CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA (CIRURGIA DE REDUÇÃO OU ELEVAÇÃO MAMÁRIA)

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado toda a **CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA (CIRURGIA DE REDUÇÃO OU ELEVAÇÃO MAMÁRIA)** 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 _____

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