

**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 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.

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.
- 24. Alta 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, dor, etc.
2. **Internar-se** no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado na guia.
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 horário marcado.
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.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, **EU**,, declaro que fui total e claramente informado (a) e, portanto, **dou meu consentimento para que o (a) Dr.(a)**, 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 anestesiolologista 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.

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.

Observações: _____

Local: _____ Data _____, de _____, de _____

(Assinatura do (a) paciente)

CPF

Testemunha 1: _____
Nome/Assinatura

CPF

Testemunha 2: _____
Nome/Assinatura

CPF