

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



## BLEFAROPLASTIA (Cirurgia Plástica das pálpebras) E CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR:

### INFORMAÇÕES GENÉRICAS

O OBJETIVO desta cirurgia é o de retirar tanto quanto possível o excesso de pele das pálpebras superiores, bem como as assim denominadas “bolsas” de gordura das pálpebras inferiores, a fim de proporcionar uma aparência mais (“repousada”) harmoniosa ao rosto.

Em determinados casos de flacidez acentuada das pálpebras inferiores, na presença ou não de ectrópio (pálpebra virada para fora), pode haver necessidade de realizar cantopexia (cirurgia de fixação das pálpebras).

Portanto, a cirurgia plástica das pálpebras retira apenas os excessos de pele e de gordura, procurando corrigir a flacidez muscular e melhorar o aspecto funcional e estético daquelas. Os conhecidos “pés de galinha”, por se encontrarem fora do limite das pálpebras, não sofrerão modificação.

Lembrar, ainda, que só a cirurgia das pálpebras, isoladamente, não proporciona um rejuvenescimento geral à face; isto demandaria outras condutas associadas à Blefaroplastia.

### INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

1. Idade: Não existe uma idade ideal, mas sim, uma oportunidade ideal que é determinada pela necessidade de corrigir o defeito apresentado.
2. Período de internação: É variável de paciente para paciente, mas em média de 6 horas (com anestesia local). Em caso de ser necessário anestesia geral (o que é raro), este prazo pode alongar-se um pouco mais.
3. Tipo de anestesia: Pode ser local, ou local com sedação. Anestesia geral: utilizada apenas quando há contraindicação clínica para anestesia local, ou quando a blefaroplastia será feita associada a outras cirurgias.
4. Tempo de cirurgia: normalmente, em torno de 2 horas, todavia este tempo pode ser maior ou menor, variando em função do(a) paciente e dos detalhes a serem corrigidos em cada caso.
5. Dor: não é esperada. O mais comum é um desconforto local (sensação de estar usando óculos de natação apertado). Prurido (coceira) no local pode ocorrer até 3 dias. Ocorrendo dor, será abolida com o uso de analgésicos comuns, que seu médico lhe indicará. Não se automedique.
6. Oclusão ocular: não é necessário que os olhos fiquem ocluídos após a cirurgia, embora alguns médicos assim o prefiram. Todavia, é recomendável o uso de compressas frias (quase gelada), com água filtrada, soro fisiológico ou chá de camomila. Usar continuamente nas primeiras 5 horas após a cirurgia. Depois, fazer compressas com duração de 30 minutos, a cada 2 horas, durante o dia, por 3 dias consecutivos. Este procedimento é para evitar que o edema se acentue. Durante o sono, não é necessária a troca de compressas.
7. Edema (inchaço) é comum, e varia de paciente para paciente, sendo mais acentuado nos três primeiros dias, especialmente pela manhã, podendo ter dificuldade para abrir os olhos. Do 5º ao 8º dia já evolui para uma aparência mais natural. Em alguns casos, após o 3º mês pode ainda subsistir um edema residual discreto.
8. Manchas roxas: são comuns numa Blefaroplastia e se devem à infiltração de sangue na pele subjacente, podendo se espalhar também pela conjuntiva ocular. Isto resulta do trauma cirúrgico, não se constituindo em problema, nem sendo considerada uma complicação, mas uma mera intercorrência transitória e, portanto, reversível, não comprometendo a visão e desaparecendo, em média, 20 dias

depois. Hematoma simples ou retrobulbar (atrás do globo ocular) pode ocorrer em pacientes com hipertensão descontrolada ou com distúrbios de coagulação podendo evoluir com perda da visão

9. Cicatrizes: sendo a pele das pálpebras de espessura muito fina, as cicatrizes tendem a se confundir com os sulcos da pele, o que se dará após o período de maturação que é, em média, de 3 meses.
10. Mília: são pequenas “bolinhas” brancas, gordurosas, que costumam surgir próximas às cicatrizes. Serão suavemente retiradas, quando de suas visitas ao médico, e sem necessitar de anestesia.
11. Lacrimejamento: é normal que ocorra nos primeiros dias de pós-operatório.
12. Visão embaçada: pode ocorrer, e se deve tão somente à pomada aplicada, à noite, nos olhos.
13. Infecção: em pacientes imunodeprimidos ou diabéticos descompensado.
14. Necrose (morte) tecidual: pacientes fumantes inveterados.
15. Quemose: Inchaço temporário da membrana conjuntiva que recobre o olho.
16. Retração ou afastamento da margem palpebral inferior para baixo ou para fora do globo ocular decorrente de hematoma ou excesso de remoção cutânea.
17. Alteração temporária ou raramente definitiva para menos ou para mais do grau de refração devido a correção da posição e flacidez palpebral.
18. Diminuição transitória da lubrificação ocular, podendo ocorrer ceratite (inflamação) ou excepcionalmente úlcera de córnea devido a má oclusão palpebral e lubrificação ocular deficiente.
19. Resultado final: o resultado definitivo só será efetivamente observado após o 6º mês, quando o(a) paciente será submetido(a) a novos exames e novas fotos para análise comparativa do resultado.
20. Qualquer sintoma diferente dos acima citados deverá ser imediatamente comunicado a seu médico.

## RECOMENDAÇÕES ÚTEIS

### NO PRÉ-OPERATÓRIO:

1. Compareça ao local da cirurgia (hospital, clínica), no horário previsto e marcado na sua guia de internação. Venha acompanhado(a);
2. Comunique qualquer anormalidade ocorrida antes da internação;
3. Não use maquiagem no dia da internação;
4. Traga óculos escuros para seu maior conforto ao receber alta;
5. Caso a internação se dê no mesmo dia da cirurgia e sua anestesia seja local, tome apenas uma xícara de café com leite, acompanhada de pequena quantidade de pão ou bolacha. Em caso de anestesia geral, venha em jejum.

### NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Use dois travesseiros para dormir nos primeiros 3 dias.
2. Não traumatize, nem coce os olhos;
3. Evite vento, sol e friagem por 30 dias;
4. Use óculos escuros sempre que se expuser à luz natural;
5. Alimente-se normalmente;
6. banho está liberado a partir do 2º dia (caso haja fita de *micropore* na região operada, seque-a cuidadosamente);
7. Permanecer no domicílio até o 4º dia;
8. Óculos, TV e leitura: liberados a partir do 2º dia, se tiver condições, e sem forçar;
9. Retirada dos pontos: entre 4 a 7 dias (marcar horário com seu médico);
10. Trabalho: alguma atividade após o 4º dia, se as condições visuais permitirem;
11. Dirigir: quando as condições visuais permitirem. Nunca antes do 4º dia.
12. Maquiagem leve, e corretivo só após o 4º dia;

13. Lentes de contato: após 15 a 30 dias. Fale com seu médico;
14. Caminhadas esportivas: após 10 dias, usando óculos, boné e evitando sol;
15. Esporte, exceto natação: após 20 dias;
16. Natação: após 30 dias, porém tendo o cuidado de usar óculos do tipo utilizado em *jet-sky*, para não comprimir a área operada;
17. Sol direto na face: após 45 dias, desde que não apresente manchas roxas, usando protetor solar (FPS 30), óculos de sol e boné;
18. Obedeça às prescrições de seu(sua) médico(a);
19. Volte ao consultório para fazer os curativos e as revisões nas datas estipuladas; não se automedique.
20. Consulte estas instruções tantas vezes quantas forem necessárias;
21. O bom resultado final também depende de você.

OBS.: O cirurgião não pode ser responsabilizado pelo resultado de uma cirurgia, cujo(a) paciente abandona o acompanhamento pós-operatório

Informação importante: em casos raros poderá ser indicada uma revisão ou complementação de resultado, também denominada *retoque* ou *refinamento*. Isto ocorrerá caso seja necessário acomodar a pele da pálpebra superior ou retirar resíduos da bolsa gordurosa da pálpebra inferior. Mais raramente poderá ser indicada uma intervenção para elevar a pálpebra inferior. Todavia, estes serão procedimentos menores que a cirurgia realizada anteriormente e, caso se façam necessários, o(a) paciente deverá marcar com seu médico qual a época mais conveniente para a sua realização.

## DO CONSENTIMENTO:

Eu, ....., de posse de todas as informações que me foram fornecidas, declaro de livre e espontânea vontade que recebi, li, entendi e aceito como verdadeiro todo o contido nos itens deste TCI, bem como confirmo que ainda pude esclarecer todas as dúvidas remanescentes a respeito do procedimento ao qual vou me submeter, as quais me foram explicadas claramente por meu médico e/ou por sua equipe.

Assim sendo, dou meu consentimento, livre e esclarecido, para que o Dr. ...., reconhecendo-o como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), possa proceder em mim, juntamente com sua equipe, o procedimento cirúrgico de *Blefaroplastia*.

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 ser 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:

\_\_\_\_\_  
(assinatura do(a) paciente)

TESTEMUNHAS:

1..... RG ou CPF: .....  
(nome)

2..... RG ou CPF: .....  
(nome)