

## TERMO DE CONSENTIMENTO, INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrita no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter ao procedimento cirúrgico denominado **MAMOPLASTIA DE AUMENTO COM PRÓTESES**, e todos os procedimentos que o incluem, a ser realizado em \_\_\_\_\_, pelo(a) Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, e pelos demais profissionais de sua equipe, que estão vinculados à minha assistência.

Declaro, ainda, que o procedimento cirúrgico foi devidamente explicado, quando tive a oportunidade de fazer perguntas, tendo, no mesmo momento, recebido instruções, oralmente e por escrito, a serem seguidas antes, durante e após o procedimento.

### **1. Do procedimento cirúrgico e seu objetivo:**

**1.1.** Trata-se do procedimento cirúrgico que tem como objetivo modificar o formato das mamas, utilizando próteses de silicone, proporcionando assim uma harmonização no corpo da paciente.

**1.2.** O procedimento também permite a correção de uma ligeira ptose, bem como aumentar um pouco a firmeza das mamas.

**1.3.** As incisões da cirurgia poderão ser no padrão circular (em torno da aréola), em formato de “fechadura” ou “raquete” (ao redor da aréola, prolongando-se verticalmente para baixo, até o sulco da mama).

**1.4.** As próteses serão posicionadas por cima do músculo peitoral (subglandular) ou por baixo do músculo peitoral (submuscular), sendo a escolha feita pelo cirurgião plástico, conforme julgar mais adequado ao caso da paciente. A técnica escolhida para posicionar os implantes dependerá do tipo, forma e volume pretendidos, de particularidades anatômicas da paciente e das recomendações do cirurgião.

**1.5.** O procedimento cirúrgico é realizado sob anestesia, cabendo a escolha do tipo ao médico anestesista, que avaliará qual será a melhor opção para a paciente.

### **2. Dos Riscos e Complicações Inerentes ao Procedimento:**

**2.1.** Estou ciente de que, como ocorre em qualquer procedimento cirúrgico, **sempre existirão riscos** e complicações que são inerentes à cirurgia, apesar de todos os cuidados dispensados pelo cirurgião, tais como:

• **Cirurgia secundária:** o resultado e o grau efetivo de melhora dependem da reação fisiológica de cada paciente. **Dessa forma, pode haver a necessidade de nova cirurgia. Estou ciente de que tais procedimentos, caso necessário, implicarão custos adicionais, que deverão ser arcados por mim;**

• **Sangramento:** é possível, apesar de pouco comum, ocorrer sangramentos durante e após a cirurgia. Um acúmulo de sangue (hematoma) pode ocorrer embaixo da pele, retardar a cicatrização e causar fibrose cicatricial, podendo, inclusive, caso seja necessário, uma volta à sala de cirurgia para uma drenagem;

• **Dor:** Poderá ocorrer dor pós-operatória, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável de paciente para paciente;

• **Inchaço:** Poderá ocorrer inchaço na área operada que, eventualmente, pode permanecer por dias, semanas e, menos frequentemente, por meses;

• **Manchas:** Poderá haver manchas na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, serão permanentes;

• **Seroma e Edema:** Eventualmente, líquidos, sangue e/ou secreções podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico;

• **Perda de sensibilidade:** Poderá haver perda de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas operadas, por um período indeterminado de tempo, e que é variável de paciente para paciente;

• **Perda de vitalidade biológica:** Poderá ocorrer perda de vitalidade biológica na região operada, ocasionada pela redução da vascularização sanguínea, acarretando alteração na pele e, mais raramente, necrose da mesma, podendo necessitar para sua reparação de nova(s) cirurgia(s), com resultados apenas paliativos;

• **Necrose de tecido:** Pacientes que possuem cicatrizes anteriores, indivíduos fumantes, obesos, ex-obesos, diabéticos e pessoas com problemas circulatórios têm um risco aumentado de morte da pele (necrose) e de complicações na cicatrização. No entanto, esta complicação pode ocorrer mesmo sem que haja um fator de risco identificável. O tratamento consistirá em curativos para estimular o fechamento espontâneo da lesão e, muitas vezes, poderá haver a necessidade de um retoque cirúrgico posterior;

• **Lesão a estruturas profundas:** Estruturas profundas tais como nervos, músculos e vasos sanguíneos podem ser lesadas, causando prejuízos temporários ou permanentes;

• **Assimetria:** Fatores como tônus da pele, tônus muscular, proeminências ósseas, desvios de coluna vertebral e outros depósitos de gordura podem contribuir para a presença de assimetria corporal após a cirurgia;

• **Contratura capsular:** a formação de tecido cicatricial rígido em torno do implante que promove o seu encapsulamento, gerando deformidade na mama. Este tipo de complicação requer a retirada das próteses, sendo necessário aguardar o tempo de recuperação tecidual para a realização de cirurgia reparadora. Como as próteses possuem garantia, a paciente não arcará com os custos das mesmas, todavia, eventuais custos cirúrgicos poderão ser cobrados;

• **Resultado “artificial”:** eventualmente, o resultado final poderá ficar com aparência “artificial”. Todavia, o critério para tal avaliação é de cunho subjetivo, não havendo parâmetros fixos para a sua determinação. Além disso, certo grau de artificialidade é esperado, tendo em vista tratar-se de prótese inserida com o intuito de alterar a formação fisiológica natural da região.

- **Ruptura do implante:** a solução que preenche a prótese é atóxica e, via de regra, quando se rompe fica em volta da prótese, havendo baixo risco de infecção. Neste caso, haverá a necessidade de substituição da prótese;
- **Rejeição das próteses:** existe a possibilidade de que o organismo venha a não tolerar a presença das próteses e, caso isso ocorra, estas deverão ser removidas, sendo que tal fato não é decorrente do atuar do cirurgião.
- **Enrugamento** da pele sobre o implante;
- **Pontos (suturas) profundos:** Como a técnica cirúrgica pode utilizar fios não absorvíveis, fragmentos destes fios podem se tornar visíveis e/ou palpáveis na superfície, causando algum tipo de incômodo à paciente, que os levem a ser retirados pelo cirurgião;
- **Processo infeccioso:** Poderá ocorrer na área operada ou em áreas distantes da cirurgia, decorrentes de uma queda da imunidade e de contaminação por germes existentes na própria pele da paciente, e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas e internação hospitalar;
- **Reações alérgicas:** Em casos raros, podem ocorrer alergias localizadas relacionadas a esparadrapos, fios de sutura e antissépticos tópicos. Reações sistêmicas mais sérias podem ocorrer devido às drogas usadas durante a cirurgia (anestesia) ou no pós-operatório;
- **Anestesia:** Todo tipo de anestesia envolve algum nível de risco. Existe a possibilidade de complicações, lesões e até mesmo óbito, com qualquer tipo de anestesia ou sedação.
- **Choque anafilático:** O choque anafilático é de rara ocorrência. Porém, quando ocorre, em geral, são pacientes já sensibilizadas, que durante a vida tiveram contato com a substância química que promoverá a reação alérgica.

Trata-se de reação alérgica grave, que resulta em intensa queda da pressão arterial e problemas de circulação, dos pulmões e do coração. Nessa situação a paciente corre risco de morte ou de sequelas graves e irreversíveis.

**Não há maneiras de prevenir o choque anafilático, mas é importante que a paciente informe ao anestesista, na ENTREVISTA PRÉ-ANESTÉSICA, a sua profissão e se já teve alguma reação alérgica, principalmente se ela foi grave e necessitou de atendimento médico.**

**2.3.** As intercorrências anestésicas, cirúrgicas e pós-operatórias já listadas independem do atuar do cirurgião. Portanto, não serão responsabilidade do médico as consequências financeiras do eventual atraso do retorno da paciente às atividades profissionais (lucros cessantes) decorrente destas.

**2.4.** Fui devidamente cientificada de que tabagismo, tóxicos, drogas e álcool, apesar de serem fatores que eventualmente não impedem a realização de cirurgias, podem determinar complicações e influenciar de forma negativa no resultado final do procedimento, principalmente no que tange ao processo de cicatrização.

**2.5.** O fumo é extremamente prejudicial à cicatrização tecidual, pois diminui a circulação e oxigenação da pele. Podem ocorrer necroses (morte tecidual) e deiscências (abertura) dos pontos que, certamente, irão prejudicar o resultado da cirurgia. Além disso, o fumo prejudica a recuperação respiratória pós-anestésica, diminui a expansão dos pulmões e causa acúmulo de secreções, que aumenta os riscos de pneumonia.

**2.6.** Declaro que fui cientificada pelo médico sobre os riscos externos do procedimento que será realizado, sendo aqueles riscos que independem do atuar médico e do local onde o mesmo é realizado, tais como **infecções**, que, caso ocorram, podem necessitar do uso de antibióticos e outros medicamentos, por tempo prolongado.

**2.7.** Estou ciente de que a cirurgia plástica, como procedimento eletivo, é uma conduta planejada, podendo aguardar a oportunidade ideal para ser realizada, razão pela qual declaro que a escolha do momento de realização do procedimento coube exclusivamente a mim, sem interferência do cirurgião ou de terceiros. Compreendo que em qualquer procedimento cirúrgico **sempre existirão riscos.**

**2.8. Em alguns raros casos podem ocorrer complicações graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde da paciente, tais como trombozes venosas profundas, embolias pulmonares, infartos, arritmias cardíacas, derrames, isquemias cerebrais e, mais raramente, óbito (morte).**

#### **4. Das Próteses:**

**4.1.** Declaro que fui devidamente informada de que a equipe médica não se responsabiliza pela qualidade da prótese, já que todas as próteses comercializadas no Brasil apresentam registro da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que é o órgão encarregado por este tipo de fiscalização.

**4.2.** Existem próteses em diversos formatos e tamanhos. Os critérios de escolha estão sujeitos ao biótipo da paciente e devem estar em acordo com o formato do corpo, buscando-se uma harmonia corporal.

**4.3.** O volume adequado da prótese de silicone deve ser avaliado e definido pelo cirurgião, que determinará o tamanho da prótese a ser colocada, avaliando a proporção/harmonia corporal, bem como a sustentação da pele da região mamária.

**4.4.** Estou ciente da existência de estudos atuais sobre o desenvolvimento do linfoma anaplásico de grandes células (BIA-ALCL), que é um tipo de tumor maligno, em pacientes com implante de próteses mamárias, e que **tal fato pode ter relação com a prótese implantada.**

**4.5. O BIA-ALCL é um tipo incomum de câncer, que pode se desenvolver na cápsula cicatricial próximo a implantes mamários salinos ou de silicone.**

**4.6.** Os sintomas deste tipo de tumor, geralmente, envolvem inchaço da mama, e aparecem entre 1 e 14 anos após a operação inicial de implante mamário, devendo ser removidos o implante, a cápsula em torno do implante e, em alguns casos, pode haver a necessidade da realização de sessões de quimioterapia e/ou radioterapia.

**4.7. Estou ciente de que, caso eu venha a necessitar de algum dos procedimentos acima mencionados, os custos dos procedimentos deverão ser arcados por mim.**

**4.8. Estou ciente de que, em razão de estar me submetendo a cirurgia com implantes de próteses mamárias, caso venha a apresentar dor, nódulos, inchaço ou assimetria na região do implante, deverei buscar atendimento junto ao médico cirurgião e realizar todos os exames necessários, conforme sua indicação, para diagnóstico e tratamento adequado da enfermidade apresentada.**

#### **5. Cicatrização:**

**5.1.** Declaro que fui devidamente esclarecida de que, como resultado da cirurgia, restarão cicatrizes nos locais das incisões feitas, que serão permanentes. Todos os esforços serão para diminuir e/ou encobrir as cicatrizes, quando possível ou aplicável, para torná-las menos evidentes.

**5.2.** Poderá haver complicações inerentes à cicatriz, tais como hipertrofia, escurecimento, alargamento, abscesso e necrose de pele. Estes problemas de cicatrização são causados por alterações enzimáticas da pele, fatores raciais ou herança genética e independem da técnica cirúrgica empregada.

**5.3.** Poderão ocorrer diferenças entre um lado e outro da mama, principalmente se elas já existiam antes da cirurgia. Eventuais estrias existentes antes da cirurgia, localizadas ao redor da mama, não serão completamente removidas.

**5.4. Embora o procedimento cirúrgico tenha o objetivo de corrigir imperfeições, tenho a consciência de que os resultados deixarão outros tipos de imperfeições, na forma de cicatrizes e marcas na pele, que fazem parte das consequências pós-cirúrgicas.**

#### **6. Contraindicações:**

**6.1.** É imprescindível que a paciente avise ao médico se possui cicatrizes anteriores alteradas, tratamentos como radioterapia, possibilidade de gravidez, bem como toda e qualquer terapia medicamentosa que esteja em uso, já que tais situações podem prejudicar sua recuperação.

**6.2.** A realização do procedimento não é indicada nos seguintes casos:

- Pacientes grávidas e lactantes;
- Pacientes com doenças cardíacas;
- Pacientes com obesidade grave;
- Pacientes com doença tromboembólica;
- Pacientes fumantes assíduas, que já tenham alguma doença associada ao tabagismo.

**6.3.** Serão analisadas individualmente, situações como a faixa etária da paciente, transtornos psicológicos, patologias prévias, como histórico familiar de câncer de mama e uso de determinados medicamentos.

**6.4.** Para a realização do procedimento, é necessária a avaliação de todos os exames (cardiológico, laboratorial, pareceres médicos) para a constatação do perfeito estado de saúde da paciente. Eventuais alterações deverão ser investigadas e corrigidas previamente.

#### **7. Cuidados ANTES do procedimento:**

**7.1.** Recomenda-se à paciente os seguintes cuidados, antes do procedimento:

- Estar acompanhada no dia da cirurgia;
- Não utilizar qualquer tipo de medicamento para emagrecer, suspender Ômega 3, termogênicos e o uso de diuréticos, aspirina, remédios que contenham AAS (ácido acetilsalicílico), vitamina E, ginkgo biloba e arnica, pelo período determinado pelo médico, pois poderão interferir no processo de coagulação e causar sangramentos;
- Estar em jejum completo, pelo período determinado pelo médico;
- Não ingerir bebidas alcoólicas e não fumar durante o período recomendado pelo médico, ficando ciente de que, ainda assim, as consequências relacionadas aos pacientes tabagistas poderão ocorrer;
- Realizar os exames previamente solicitados pelo médico;
- Informar ao médico sobre o uso de quaisquer medicamentos, contínuo ou eventual;
- Comunicar ao médico qualquer atraso menstrual ou possibilidade de estar grávida;
- Comunicar qualquer sinal de líquidos saindo pelo bico dos seios, resfriado, conjuntivite, herpes ou qualquer tipo de infecção que surgir na semana anterior à cirurgia;
- Pacientes que fazem uso de pílula anticoncepcional devem discutir com o médico a necessidade da suspensão do medicamento antes do procedimento;
- Obedecer às instruções dadas para a internação.

#### **8. Cuidados APÓS o procedimento:**

**8.1.** Recomenda-se à paciente os seguintes cuidados, após o procedimento:

- Seguir rigorosamente a prescrição médica;
- Não realizar esforço no pós-operatório imediato, mantendo-se em repouso absoluto, pelo período indicado pelo médico;
- Evitar molhar o curativo durante os primeiros dias, caso assim seja recomendado pelo médico;
- Usar sutiã cirúrgico pelo período orientado pelo médico, durante 24 horas, dormindo com o mesmo, que funcionará dando sustentação à mama. Este sutiã não deverá ter arames ou costuras que possam prejudicar a cicatrização;
- Não dormir de bruços, sob o risco de necroses e hematomas na área operada;
- Não levantar os braços acima da linha dos ombros, sob o risco de ocorrerem ulcerações e alargamento da cicatriz, bem como encapsulamento da prótese, o que leva ao endurecimento com dor;
- Não dirigir;
- Não realizar esforços e atividades físicas de impacto;
- Evitar exposição solar, pelo período não inferior a um mês, após o procedimento e, após, fazê-lo com uso de filtro solar.

**8.2.** Esforços físicos, relações sexuais, levantar os braços acima da linha dos ombros, dirigir, dormir de bruços e atividades físicas, **somente após a avaliação e liberação médica**, sendo o período variável de paciente para paciente.

## **9. Compromisso com o tratamento**

**9.1.** Fui devidamente cientificada de que o objetivo do tratamento só poderá ser alcançado se eu comparecer às consultas de revisão previamente agendadas, sendo de minha responsabilidade o não comparecimento e as consequências dessa omissão no tratamento, estando ciente de que o meu não comparecimento a essas consultas pode ser considerado como abandono de tratamento.

**9.2.** As consultas de revisão são, usualmente, realizadas nos prazos de acordo com cada caso, nos dias programados pelo médico, durante o pós-operatório. A critério médico podem ser programadas datas suplementares, atendendo às necessidades de cada caso.

**9.3.** Comprometo-me a seguir à risca todas as orientações prestadas pelo médico, adotando os cuidados no pré e pós-operatório, tendo sido cientificada de que qualquer omissão ou desídia quanto aos cuidados poderá trazer-me prejuízos, comprometendo o resultado do procedimento e podendo, inclusive, causar sequelas e acarretar danos à minha saúde.

**9.4.** Fica desde já claro que toda e qualquer ordem será anotada no meu prontuário pelo médico responsável.

## **10. Da Inexistência de Promessa de Resultado:**

**10.1.** Estou ciente de que o grau efetivo de melhora não pode ser previsto ou garantido pelo profissional, pois isso depende da reação fisiológica de cada paciente, podendo, inclusive, haver a necessidade de nova cirurgia. Sendo assim, o bom resultado, embora almejado, não pode ser garantido em sua totalidade, devido à capacidade reacional ao ato cirúrgico.

**10.2.** O profissional se compromete em empregar todos os meios disponíveis e a melhor técnica, em busca do melhor resultado possível.

**10.3.** Estou ciente de que podem haver alterações subsequentes no corpo devido ao processo natural de envelhecimento, à gestação, à perda ou ao ganho de peso, à força da gravidade e a demais fatores normais do cotidiano, que podem alterar o resultado obtido com a cirurgia, e que não há como prever o tempo de duração dos resultados.

## **11. Da Autorização para uso da imagem:**

Estou de acordo que sejam retiradas fotografias das regiões a serem tratadas, podendo ser publicadas em trabalhos científicos, congressos, revistas, jornais, livros e em outros meios, numa visão geral, desde que resguardado o sigilo de minha identidade.

## **12. Das considerações finais:**

**12.1.** Declaro, em prontuário, informações sobre uso de drogas (orais ou por outras vias), alergias, tabagismo, álcool e outras informações que sejam importantes. **Se fumante, fui esclarecida sobre as complicações e dificuldades decorrentes deste fato, principalmente sobre a qualidade de cicatrização.**

**12.2.** Estou ciente de que a cirurgia plástica, como procedimento eletivo, é uma conduta cirúrgica planejada, podendo aguardar a oportunidade ideal para ser realizada, razão pela qual declaro que a escolha do momento de realização do procedimento coube exclusivamente a mim, sem interferência do cirurgião ou de terceiros.

**12.3.** Fui esclarecida de que o resultado da cirurgia plástica ficará comprometido se houver variação no peso superior a 3 quilos, seja perda ou ganho.

**12.4.** O procedimento cirúrgico não é indicado em caso de impossibilidade técnica de se alcançar o resultado almejado ou de expectativa irreal da paciente.

**12.5.** Fui esclarecida de que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos, que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam ser necessários.

**12.6.** Por tal razão, **AUTORIZO o cirurgião, o anestesista e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar, bem como uso de hemoderivados, caso haja a necessidade de realização de transfusão sanguínea.**

**12.7.** Declaro, por fim, ter lido e compreendido todos os itens contidos no presente documento, bem como ter com eles integralmente concordado, **e expresso o meu consentimento para realização do procedimento proposto.**

Ciente e de acordo os itens acima expostos e explicados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da paciente/Responsável**

**TESTEMUNHAS:**

Testemunha: \_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_