

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CIRURGIA: LIFTING DE BRAÇO

Código de Ética Médica: Princípio Fundamental: “O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.” **Art. 22** – “É VEDADO ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.” **Art 34^o** – “É VEDADO ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.”

INSTRUÇÕES:

Este é um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, preparado para ajudar o seu cirurgião a informá-lo sobre a sua cirurgia de lifting de braço, os seus riscos, benefícios e alternativas à este tratamento. É o instrumento que garante à você o acesso à informação de maneira clara e objetiva para que possa, livremente, decidir-se pela realização da sua cirurgia.

INTRODUÇÃO:

A cirurgia de lifting de braço é indicada para remover o excesso de pele flácida e tecido adiposo (gordura) das coxas. Pessoas obesas que pretendam emagrecer devem postergar a cirurgia até serem capazes de manter a sua perda de peso.

TRATAMENTOS ALTERNATIVOS:

Existem alternativas à realização desta cirurgia: a não realização de cirurgia é uma alternativa. Dieta e exercícios físicos podem ser benéficos tanto na redução da gordura quanto das medidas corporais. A lipoaspiração pode ser uma opção caso haja um bom tônus na pele e depósitos de gordura localizada em um indivíduo de peso normal.

RISCOS DE UM LIFTING DE BRAÇO:

1. **Em relação à saúde global do paciente:** Não existe cirurgia sem risco. Toda cirurgia envolve algum tipo de risco à saúde. Este risco varia conforme: o tipo de cirurgia; as condições clínicas pré-cirúrgicas do paciente; as características individuais; pré-disposições hereditárias (de nascença); o tempo de duração da cirurgia e o tipo de anestesia realizada. O fumo, o uso de anticoncepcional oral e hormônios, o consumo de drogas lícitas e ilícitas, álcool e o uso de substâncias e medicamentos não informadas ao cirurgião podem desencadear complicações durante e após a cirurgia, aumentando o seu risco. A decisão voluntária de submeter-se à cirurgia é feita considerando a possibilidade, ainda que remota, de ocorrerem complicações leves, moderadas ou graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde do paciente, tais como trombozes venosas profundas, embolias pulmonares, infartos, arritmias cardíacas, derrames, isquemias cerebrais e, mais raramente, óbito (morte).
2. **Sangramento:** é possível, apesar de pouco comum, ocorrer sangramentos durante e após a cirurgia. O acúmulo de sangue (hematoma) na região operada pode necessitar de drenagem por punção com seringa ou por cirurgia.
3. **Acúmulo de líquidos:** é possível, após a cirurgia, o acúmulo de líquidos (seroma) na região operada podendo necessitar de drenagem por punção com seringa ou por cirurgia.
4. **Infecção (saída de pus):** é pouco comum nesta cirurgia. Caso ocorra, pode necessitar de antibióticos por tempo prolongado.
5. **Alterações de sensibilidade e coloração da pele:** pode ocorrer a diminuição (ou perda) da sensibilidade na pele da região próxima das incisões (cortes) por um período variável. Podem ocorrer Inchaços (edemas) e manchas roxas (equimoses) demoradas.
6. **Cicatrização da pele:** a presença da cicatriz será permanente, apesar de todos os esforços e recursos técnicos para deixá-la o menos visível possível. A cicatrização excessiva (hipertrófica ou quelóide) é incomum. No entanto, em raros casos, cicatrizes anormais (quelóides) podem se desenvolver. Os quelóides são de difícil tratamento. Pessoas de pele negra tem uma chance maior de desenvolverem uma cicatriz tipo quelóide do que indivíduos de pele branca, além de pessoas com história familiar e prévia de quelóides. Nestes casos, tratamentos adicionais podem ser necessários.
7. **Anestesia:** Todo o 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.
8. **Iregularidade de pele:** irregularidades no contorno da pele dos braços podem ocorrer.
9. **Assimetria:** fatores como tônus da pele, tônus muscular, proeminências ósseas e depósitos de gordura podem contribuir para assimetria corporal.
10. **Cicatrização demorada:** com abertura dos pontos. Algumas áreas da pele do braço próximas à incisão (corte) podem demorar a cicatrizar e algumas podem morrer (necrose) e necessitar de curativos por um tempo determinado. **Fumantes têm um risco aumentado de morte da pele (necrose) e de complicações na cicatrização e o fumo deve ser interrompido 30 dias antes da cirurgia.**
11. **Pontos (suturas) profundos:** como a técnica cirúrgica se utiliza de fios não-absorvíveis, fragmentos destes fios podem se tornar visíveis e/ou palpáveis na superfície pelo paciente, causando algum tipo de incômodo que os levem a ser retirados pelo cirurgião.
12. **Reações alérgicas:** em casos raros, podem ocorrer alergias localizadas relacionadas à esparadrapos, fios de sutura e antissépticos tópicos. Reações sistêmicas, mais sérias, podem ocorrer devido às drogas usadas durante a cirurgia ou no pós-operatório.
13. **Complicações pulmonares:** podem ocorrer secundariamente à liberação, na corrente sanguínea, de coágulos ou de gordura (embolia pulmonar) ou após uma anestesia geral. Nestes casos, pode ser necessária a hospitalização por um tempo mais prolongado. A embolia pulmonar pode levar à óbito.
14. **Resultados:** apesar de bons resultados serem esperados, não há como o cirurgião dar garantia absoluta quanto aos resultados a serem obtidos. O exercício da medicina e da cirurgia não é uma ciência exata. Existe a possibilidade de insatisfação com o resultado da cirurgia, podendo ser necessária(s) outra(s) cirurgia(s) até que a satisfação pessoal seja alcançada.
15. **Cirurgias adicionais:** apesar de pouco comum, pode haver necessidade de cirurgia complementar, para melhorar o resultado obtido ou corrigir um eventual insucesso ou complicação.

(CONTINUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE LIFTING DE BRAÇO - DR. PEDRO FAVERET)

- 16. Responsabilidade financeira:** alguns seguros de saúde podem não oferecer coberturas nos casos de uma outra cirurgia. Mesmo que o cirurgião e sua equipe optem por não estabelecer honorários, os custos de materiais hospitalares e anestésicos são de responsabilidade do paciente.
- 17. Duração do tratamento:** o tratamento completo envolve orientações pré e pós-operatórias **que me foram entregues por escrito** e que devem ser cumpridas integralmente, por um período mínimo que varia de 3 (três) a 6 (seis) meses após a cirurgia, sob o risco de interferir no resultado final, podendo causar seqüelas transitórias ou definitivas
- 18. Efeitos de longo prazo:** a curto, médio e a longo prazo, ocorrem alterações subseqüentes nos braços 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. Outra(s) cirurgia(s) e/ou outro(s) tratamento(s) pode(m) ser necessário(s) para a manutenção dos resultados.

CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA DE LIFTING DE BRAÇO

Eu, _____ RG n° _____

solicito e autorizo o Dr. Pedro Leonardo Sanches Faveret, Médico, portador dos títulos de especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro sob o número 52.64246-0, a realizar a cirurgia de lifting de braço baseado no diagnóstico de flacidez e excesso de pele nos braços. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo a transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o ato cirúrgico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Declaro que, após a leitura consciente e detalhada do exposto nas páginas 1 e 2 deste documento, compreendi o seu conteúdo, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas sobre o procedimento cirúrgico e anestésico em questão e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Declaro, portanto, estar bem informado (a) tanto do procedimento cirúrgico quanto do anestésico, bem como dos riscos e cuidados relacionados à eles.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

(Paciente) ou (Responsável/Representante legal)

Testemunha