

## **TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA ABDOMINAL (DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL)**

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 PLÁSTICA ABDOMINAL (DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL)** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do CHSF, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do Complexo Hospitalar São Francisco.

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:** A dermolipectomia é uma cirurgia que se destina a retirar determinada quantidade de pele e (de) gordura do abdome. Favorece a perda de peso, todavia não é a quantidade em gramas retiradas que definirá o resultado estético final, mas, sim, a manutenção da proporcionalidade e da harmonia do corpo como um todo. Portanto, esta cirurgia não se constitui em um método de emagrecimento, bem como não substitui a necessidade de cuidar de seu peso corporal e de praticar exercícios físicos para ajudar a manter a sua saúde e o formato do seu novo abdome. Não será possível retirar toda a gordura do mesmo, apesar da possibilidade de um eventual uso de lipoaspiração conjunta em pequenas áreas, todavia sempre existirão alguns locais, principalmente abaixo do umbigo e na região do “estômago”, onde permanecerão um pouco de gordura, e isto se deve ao fato de que a pele do abdome necessita desta gordura como proteção ao seu suprimento sanguíneo. Haverá sempre uma cicatriz visível, e que será tanto maior quanto maior for o excesso de pele a ser retirado. Sempre que possível esta cicatriz será colocada em local que coincida com a marca das roupas de banho da paciente. O aspecto desta cicatriz é individual, pois dependerá do tipo de pele e de sua reação à cirurgia. O umbigo geralmente fica com formato natural podendo variar em alguns casos, ou poderá ser mantida sua forma, mas ele será rebaixado alguns centímetros do local original. Em outros casos, pode resultar em uma pequena cicatriz vertical, correspondente ao antigo local do umbigo. Em algumas situações é preferível eliminar o umbigo existente e reconstruir um novo umbigo.

**Gestações** devem ser programadas para antes da sua Abdominoplastia, pois caso ocorram após esta cirurgia, poderão favorecer o aparecimento de mais estrias, bem como o alargamento das cicatrizes, além de comprometer, severamente, o resultado já obtido.

**Textura da pele:** igualmente não pode ser esquecido que a “firmeza” da pele se altera com a idade, e nenhuma cirurgia tem o poder de restaurar a elasticidade da juventude, perdida pelo efeito deletério do passar do tempo. Isto tem expressão fundamental em se tratando de pacientes pós-obesos.

### **2 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS**

**1. Tipo de anestesia:** A indicação do tipo de anestesia cabe ao anestesista, que é o médico especialista desta área. Pode ser anestesia geral, peridural ou similar, ou ainda anestesia local sob sedação.

**2. Tempo de duração do ato cirúrgico:** Não há um tempo definido para esta cirurgia, mas, em média, 3 horas, podendo variar para mais ou para menos.

**3. Período de internação:** de 1 a 2 dias, numa evolução normal. Eventualmente, o paciente pode ter alta no mesmo dia.

**4. Evolução pós-operatória:** até ser atingido o resultado ideal, diversas fases ocorrerão e são características desse tipo de intervenção, a saber: Cicatrização: até o 30º dia o corte apresenta bom aspecto, podendo ocorrer discreta reação aos pontos ou ao curativo. Do 30º dia ao 12º mês haverá um espessamento natural da cicatriz e mudança nas tonalidades de sua cor, podendo passar de vermelho ao marrom, para, em seguida, começar a clarear. Por ser o período menos favorável da evolução cicatricial, é o que mais preocupa os (as) pacientes. Todavia, ele é temporário e varia de paciente a paciente. Do 12º ao 18º mês a cicatriz tende a tornar-se cada vez mais clara e menos espessa, atingindo assim o seu aspecto definitivo, PORTANTO, QUALQUER AVALIAÇÃO DEFINITIVA DE UMA CIRURGIA DESTE TIPO DEVERÁ SER FEITA APÓS UM PERÍODO DE 18 MESES. Poderá haver formação de cicatriz patológica (queloide, cicatriz hipertrófica ou alargada) dependendo das características do próprio organismo e/ou da susceptibilidade individual. Sensibilidade: nos primeiros meses é normal que o abdome apresente uma falta de sensibilidade relativa, além de estar sujeito a períodos de edema (inchaço), o que regredirá espontaneamente. Esta falta de sensibilidade, em especial na região abaixo do

umbigo, pode permanecer por tempo variável, e, até mesmo ser permanente. **Forma:** o abdome pode apresentar, nessa fase, um aspecto esticado ou plano. Com o decorrer do tempo, e o auxílio dos exercícios para modelagem, o resultado definitivo será gradativamente atingido. Quanto ao umbigo, pode ser aproveitado o do(a) próprio(a) paciente, o qual é transplantado e, se necessário, remodelado. Portanto, ao redor dele haverá também uma cicatriz que sofrerá a mesma evolução descrita no item. Havendo necessidade, faz-se pequeno (refinamento) na mesma, sob anestesia local, após alguns meses, pois cada paciente tem sua evolução cicatricial característica e personalíssima. Nos casos em que o umbigo é eliminado e um novo umbigo é reconstruído, não haverá cicatriz ao redor do novo umbigo. **Manchas:** poderão haver manchas (equimoses, hipocromias ou hiperpigmentações) na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente, por meses, e, raramente, serão permanentes. Pode ocorrer infecção, localizada ou não, podendo ser acompanhada de deiscência de pontos (abertura da ferida cirúrgica). Normalmente, é controlada com uso de antibióticos e/ou drenagem de coleções e cuidados locais. Raramente tem curso de maior gravidade.

**5. Gordura na região do estômago:** a dermolipectomia nem sempre corrige aquele excesso de gordura que algumas pessoas têm sobre a região mencionada. Isto não depende do cirurgião, mas sim do tipo físico do(a) paciente, pois se o tronco (conjunto de tórax e abdome) for do tipo curto, dificilmente poderá ser corrigido, enquanto que o tipo longo já se mostra mais favorável. Há que levar em conta, ainda, a espessura do panículo adiposo (camada de gordura) que reveste o corpo do(a) paciente.

**6. Localização da cicatriz da cirurgia:** a cicatriz resultante de uma dermolipectomia localiza-se horizontalmente, logo acima da implantação dos pêlos pubianos, prolongando-se lateralmente em maior ou menor extensão, na dependência do volume do abdome a ser corrigido. A cicatriz é planejada para ficar oculta sob os trajes de banho, havendo casos em que até uma tanga poderá ser usada, portanto, o tipo de maiô ou biquíni a ser usado estará na dependência do seu próprio manequim, já que o cirurgião apenas aprimora a sua forma pessoal preexistente, porém nem sempre é possível ocultar a cicatriz. No caso de abdominoplastia em âncora, muito usada em pacientes pós obesos, haverá também uma grande cicatriz vertical no meio do abdome.

**7. Dor no pós-operatório:** É muito variável, podendo até mesmo não haver dor. Será prescrito analgésico para ser administrado se for necessário.

**8. Curativos:** Haverá curativo sobre as incisões (corte) do abdome. Estes curativos devem receber cuidados especiais que o seu médico irá orientá-lo no momento da alta hospitalar.

**9. Drenos:** Nem sempre são usados drenos, e quando utilizados não há um momento definido para retirada dos mesmos. Usualmente, são retirados após a drenagem ser inferior a 50 ml por dia.

**10. Sonda vesical:** Se utilizada, para facilitar o controle de urina, poderá ser retirada no dia seguinte a cirurgia.

**11. Náusea:** Pode ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

**12. Equimoses (manchas roxas):** É normal o seu aparecimento nas áreas operadas e, especialmente, em locais onde houve lipoaspiração.

**13. Edema (inchaço):** Seu abdome permanecerá inchado por tempo variado, em geral de 1 a 3 meses, impedindo que você observe o verdadeiro resultado obtido, o qual ficará mais evidente no espaço de 06 meses a 01 ano, desde que você mantenha o seu peso sob controle.

**14. Seroma:** Líquido que se acumula sob a pele, em especial abaixo do umbigo. Nesta eventualidade, seu médico fará uma aspiração deste líquido com uma seringa. Sua retirada é praticamente indolor pelo fato de a pele estar ainda com a sensibilidade diminuída. Quando ocorrer seroma seu repouso deve ser mais prolongado. Raramente será necessária uma nova intervenção cirúrgica para controle do seroma.

**15. Retirada dos pontos:** geralmente não existem pontos externos para serem retirados. Mas se houver, em média, do 10º ao 30º dia.

#### **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 não se tornar indispensável a terceiros por um período aproximado de 2 semanas.

## **B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO:**

1. Evitar esforço físico pelo tempo de 30 dias.
2. Usar meia elástica (suave compressão), seguindo as orientações do seu médico.
3. Nas três primeiras semanas não use sapatos de salto alto.
4. Levantar-se após cada duas horas de repouso e dar uma volta pela casa, aproveitando para realizar suas atividades básicas, tais como: ir ao banheiro, alimentar-se, tomar banho. Evitar, ao máximo, subir ou descer escadas longas quando estiver sozinho.
5. Na primeira semana após a cirurgia, repouse com dois travesseiros embaixo dos joelhos para não forçar a cicatriz.
6. Nos três primeiros dias faça 10 inspirações profundas, a cada duas horas, durante o dia.
7. Andar em ligeira flexão de tronco (corpo levemente curvado), mantendo passos curtos, durante um período de 1 semana a 15 dias.
8. Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
9. Voltar ao consultório para a troca de curativos nos dias e horários marcados.
10. Alimentação normal (salvo em casos especiais que receberão orientação específica). Evite alimentos que lhe causem flatulência (eliminação e gases).
11. Aguarde para fazer ou continuar sua “dieta ou regime de emagrecimento” após a liberação médica. A antecipação dessa conduta, por conta própria, pode desencadear resultados indesejáveis e prejudiciais.
12. Use o seu modelador elástico, continuamente, pelo período indicado por seu médico, retirando-o só para banhar-se.
13. Tomar sol só após 2 meses de pós, sem atingir as cicatrizes e/ou áreas que se encontrem, ainda, eventualmente, roxas. E quando o fizer, usar protetor solar e roupa de banho cobrindo todo o abdômen. Biquíni, só após 6 meses de pós.
14. Dirigir automóvel: após três semanas a um mês de pós.
15. Esportes: natação após 2 meses; ginástica só após 3 meses.
16. Drenagem linfática: iniciar após a 3ª semana de pós, com profissional indicado(a) por seu médico.
17. Relações sexuais: após duas semanas de pós, e com as devidas cautelas.
18. 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.
19. Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar o(a) cirurgiã(o).
20. Tenha sempre em mente que o bom resultado final de qualquer cirurgia também depende de você.

## **3 – RISCOS:**

Além dos riscos inerentes a todo e qualquer procedimento cirúrgico, a dermolipectomia ainda apresenta os seguintes riscos: perda de áreas de pele (necrose); persistência de excesso de pele e/ou de gordura; insatisfação do(a) paciente com a forma final do abdome ou de áreas próximas; diminuição ou perda da sensibilidade em alguma parte do abdome, podendo esta perda ser transitória ou definitiva; acúmulo de líquidos ou de sangue sob a pele, exigindo múltiplas drenagens (seromas e hematomas); trombose venosa profunda (TVP), podendo evoluir para embolia pulmonar; depressões na pele e, em raros casos, necessidade de reoperação; morte.

**TABACO/ÁLCOOL:** O tabagismo, uso de drogas e de álcool ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações cirúrgicas. A interrupção do uso do tabaco ou drogas/álcool não cessam os malefícios do uso anterior, apenas diminuem a probabilidade de possíveis efeitos deletérios. Deve-se suspender o uso de tabaco, por pelo menos 60 dias, antes do procedimento cirúrgico.

**Lembrete:** toda cirurgia envolve risco e toda intervenção com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar de retoques ou restauro para um melhor refinamento do resultado final. Em caso do seu médico indicar este procedimento, você não terá despesa com honorários do cirurgião, ficando apenas responsável pelos demais gastos relativos ao procedimento. Converse sobre isto com seu médico.

**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 PLÁSTICA ABDOMINAL (DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL)** 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 PLÁSTICA ABDOMINAL (DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL)** 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.

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

### TESTEMUNHAS

#### 1ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

#### 2ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo a **CIRURGIA PLÁSTICA ABDOMINAL (DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL)** 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.

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome 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:
  - 2.1 – Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume de preferência sem água ou com muito pouca água.
  - 2.2 – 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.

#### CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

- 1) É muito importante a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- 2) Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação!
- 3) Para maiores informações e doações, entre em contato com o **HEMOMINAS** pelo número (31) 3768-4500 ou **PERGUNTE AO SEU MÉDICO.**