

Educação Médica

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE – ORIENTAÇÕES CIRÚRGICAS: UMA NOVA ABORDAGEM PARA REDUÇÃO DE CONFLITOS

DOCTOR- PATIENT RELATIONSHIP - SURGICAL ORIENTATIONS: A NEW APPROACH FOR REDUCTION OF CONFLICTS

JORGE ANTÔNIO DE MENEZES*; EDUARDO GONÇALVES BRAZ*; EDUARDO CABRAL DA COSTA**

RESUMO

Este trabalho propõe uma relação médico-paciente embasada em orientações gerais e específicas sobre procedimentos em Cirurgia Plástica, no intuito de dirimir dúvidas e possíveis conflitos gerados pela desinformação e descontentamento do paciente e seus acompanhantes. Subentende-se que o momento atual é desfavorável ao cirurgião plástico, sendo a pujança do bom relacionamento médico-paciente a tônica que irá reverter esse quadro.

Palavras-chaves: Relação Médico-Paciente. Consentimento Esclarecido. Cirurgia Plástica.

INTRODUÇÃO

O esclarecimento sobre qualquer ato médico, terapêutico ou propedêutico é fundamental. A cirurgia plástica estética lida com pacientes organicamente saudáveis, o que ressalta a necessidade de adotar protocolos de informação detalhadas que alertem o paciente e seus familiares para riscos de insucesso. Por combinar arte e ciência, a cirurgia plástica sujeita-se a variações inerentes ao mecanismo fisiológico, específico e pessoal, que exarcebam imprevistos subjetivos e objetivos em busca de uma imagem desejada. Também, a particularidade do caso deve ser avaliada e ponderada confrontando-se o desejo do paciente com as suas limitações físicas e as possibilidades técnicas. É necessário que o médico seja orientado para entender o desejo, a afecção, as limitações do paciente e de seus familiares que são particulares e individuais. Essa atitude contribui para a confiabilidade no médico, esclarecendo dúvidas e possibilitando relacionamento honesto, direto e transparente.

MÉTODOS

Foram elaborados informativos gerais e específicos versando sobre as principais cirurgias estéticas realizadas por cirurgiões plásticos. As orientações gerais dissertam sobre os possíveis riscos, intercorrências e cuidados rotineiros em qualquer ato cirúrgico enquanto as específicas abordam aspectos particulares a cada um desses procedimentos. Desta forma, cada uma delas é devidamente esclarecida conforme a sua conceituação, as suas particularidades, segundo as técnicas disponíveis e indicadas, o momento ideal para realização da cirurgia, cuidados pré e pós-operatórios específicos a cada paciente, discussão abrangente do ato operatório, intercorrências e expectativa quanto aos resultados. No capítulo da cirurgia plástica estética, foram tratados

os seguintes temas: abdominoplastia, lipoaspiração, mamoplastia redutora e de aumento e rinoplastia. A escolha desses procedimentos em detrimento dos demais se deve ao número elevado e crescente dessas cirurgias nos últimos anos. À parte destes temas, procurou-se avaliar o perfil psicológico do paciente, já que ele pode ser uma contra-indicação formal para a cirurgia. Após o recebimento desses informativos e o esclarecimento de possíveis dúvidas, é solicitada a autorização formal dos pacientes para realização das cirurgias (primárias, secundárias ou retoques), bem como para as fotografias de pré e pós-operatório, e caso necessário de determinados procedimentos cosmetológicos. A abordagem dos informativos não atinge as expectativas de cirurgias plásticas reparadoras, devido a exigência que requerem de especificidade quase individual, devido à multiplicidade de fatores envolvidos.

ORIENTAÇÕES GERAIS A PACIENTES EM CIRURGIA PLÁSTICA

A cirurgia plástica não é ciência exata, não é possível garantir resultados pré-determinados. Os resultados são influenciados pela idade, peso, espessura e textura da pele, influências hereditárias e hormonais, o momento psicológico vivido pelo paciente, independente do desejo do cirurgião. Toda cirurgia tem riscos geralmente previsíveis, e na maioria das vezes, controláveis. As intercorrências variam desde cicatrizes inestéticas, edema, equimoses, seromas, hematomas, alterações de sensibilidade, necrose, deiscência de pontos, infecção, reações alérgicas, trombose, embolia, até risco de morte. A cirurgia estética eletiva, deve ser planejada, podendo aguardar a oportunidade ideal para ser realizada, razão pela qual os seus riscos sistêmicos são baixos. Alguns cuidados pré-operatórios gerais, como a redução ou interrupção do tabagismo, bem como de certos grupos de medicamentos (anticoagulantes, anti-inflamatórios, anti-hipertensivos), devem ser esclarecidos de maneira exaustiva

* Médico, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

** Médico, Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Clínica de Cirurgia Plástica do Hospital Mater Dei

Endereço para correspondência:

Dr. Eduardo Gonçalves Braz/ Dr. Eduardo Cabral da Costa
Av. Afonso Pena, nº 2770, cj. 701/702, Bairro Funcionários
Belo Horizonte – MG
CEP 30130007
eduardo.braz@terra.com.br
ecabral@br.inter.net

e avaliados por especialistas, no intuito de prevenir intercorrências indesejáveis. Em situações específicas, o uso de outros medicamentos pode ser necessário. Condições patogênicas associadas (diabetes *mellitus*, infecções, anemias, alergias, carência de certas vitaminas e proteínas), hábitos sociais (tabagismo, etilismo, sedentarismo, exposição solar precoce e prolongada), alergia a fios cirúrgicos, predisposição genética (quelóides, cicatrizes hipertróficas), são cuidadosamente analisados e investigados. Exames de rotina são solicitados de acordo com o protocolo clínico-laboratorial específico de cada serviço, assim como avaliação clínico-cardiológica (risco cirúrgico). É importante salientar as assimetrias do corpo humano, que nem sempre são passíveis de correção e que podem ser notadas após observação detalhada no pós-operatório. Deve-se ressaltar que a evolução desfavorável de uma cicatriz pode ocorrer independentemente da melhor técnica utilizada. Toda cicatrização normal passa por etapas bem definidas até sua completa maturação. Portanto, qualquer avaliação definitiva de uma cirurgia desse tipo deverá ser feita após o período mínimo de 12 a 18 meses.

Quadro 1 – Orientações Pós-operatórias Gerais

Retornos para a retirada de pontos e avaliação pós-operatória: são feitos de acordo com os protocolos da equipe cirúrgica e os retornos adicionais serão comunicados pelo cirurgião devendo ser seguidos para completa recuperação e avaliação dos resultados.

Banhos ou trocas do modelador: somente com a autorização da equipe cirúrgica ou sob sua orientação, geralmente no primeiro dia após a cirurgia.

Curativos: não trocar ou manipular; deverão ser feitos pela equipe cirúrgica ou sob sua orientação.

Drenagem linfática: início geralmente no quinto dia de pós-operatório até cerca de 30 dias.

Exercícios físicos, como pequenas caminhadas, são permitidos após cerca de 15 dias e a volta às atividades esportivas de rotina somente após cerca de 90 dias.

Exposição ao sol, com o intuito de bronzear, somente após 60 a 90 dias da operação. Até aí, pequenas caminhadas sob o sol poderão ser feitas com o uso de bloqueadores solares.

O paciente jamais deverá fazer compressas quentes na área operada. A pele ainda estará sensível e poderá ocorrer queimadura de terceiro grau.

Os cuidados e restrições são particulares a cada procedimento, sendo assim detalhados nas descrições específicas.

Em relação aos resultados, é importante esclarecer que os tecidos necessitam de tempo de recuperação que compreende todas as fases da cicatrização. Eventualmente, podem ser necessários os retoques, mas também eles deverão respeitar o melhor momento até que os tecidos possam ser novamente manipulados. A realização da cirurgia num momento inoportuno em geral não oferece resultado compensador. Os retornos no período pós-operatório são fundamentais na avaliação da evolução cirúrgica e devem obedecer a protocolos específicos. O resultado final da cirurgia

pode ser comprometido pela ausência total ou parcial aos retornos pós-operatórios.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS EM CIRURGIA PLÁSTICA

Abdominoplastia

A abdominoplastia destina-se à remoção de gordura, flacidez e estrias de pele do abdômen inferior. Não consegue eliminar as estrias dos flancos ou do abdômen superior. A cirurgia plástica do abdômen não é considerada tratamento de emagrecimento, apesar de nos grandes obesos que perderam peso, as ressecções de tecidos são, às vezes, de grandes proporções. Pessoas demasiadamente obesas geralmente obtêm resultado pouco satisfatório. Nesses casos, a indicação cirúrgica poderá ser feita apenas por razões funcionais e higiênicas. Também corrige algum grau de flacidez muscular da parede abdominal que possa acompanhar os excessos de tecidos. Como também se trata de cirurgia de contorno, a abdominoplastia muitas vezes é acompanhada de lipoaspiração de flancos, dorso ou outras áreas, visando à harmonia desse segmento corporal. Os cuidados pré-operatórios gerais seguem as recomendações de qualquer procedimento cirúrgico, como descritos anteriormente. Em determinadas abdominoplastias pode-se solicitar a ultra-sonografia ou outro exame específico que ajude no esclarecimento diagnóstico. Na maioria das vezes, a abdominoplastia é realizada sob anestesia peridural com sedação ou geral. A sua duração é normalmente de três a quatro horas. A técnica cirúrgica de escolha deverá ser avaliada de acordo com critérios específicos que são variáveis entre pacientes, observando-se a multiplicidade de fatores envolvidos. As cicatrizes podem ser de tamanhos variáveis, de acordo com a quantidade e localização do excesso de tecidos a serem removidos. Elas se caracterizam por uma linha arqueada, baixa na região pubiana e elevando-se em direção lateral. Com esse formato, é planejada para ficar escondida sob os trajes íntimos ou de banho. Em situações em que não há distensibilidade suficiente dos tecidos para alcançar a região pubiana, pode haver a necessidade da complementação dessa cicatriz com um pequeno traço vertical mediano, deixando o aspecto final de um pequeno “T” invertido. Para reposicionamento do umbigo, uma pequena cicatriz é colocada ao seu redor.

São possíveis as seguintes intercorrências: seroma, infecção, deiscência de pontos, necrose parcial ou total da pele, hematomas. A evolução em longo prazo está relacionada a fatores como: idade, variação do peso corporal, qualidade e textura da pele, influências hormonais, gravidez, que interferem de forma incisiva no abdômen, independentemente de ter ou não sido operado. Mesmo assim, seguindo hábitos saudáveis de alimentação e atividade física, pode-se prolongar os resultados dessa cirurgia.

Quadro 2 – Orientações Pós-operatórias

Repouso relativo de atividades físicas e limitação de movimentos bruscos e amplos, principalmente aqueles que envolvam a contração da musculatura abdominal;

Movimento constante dos membros inferiores durante o período de repouso;

Exercícios físicos deverão seguir algumas instruções quanto às posturas. É desnecessário o repouso no leito durante todo o dia.

Drenagem linfática: início geralmente no quinto dia de pós-operatório até cerca de 30 dias.

Deitar com o tronco elevado por almofadas e travesseiros e um suporte de almofadas sob os joelhos. Não deitar de lado ou em decúbito lateral ou ventral até que seja autorizado pelo seu cirurgião;

Os retornos para a retirada de pontos e avaliação pós-operatória são feitos de acordo com o protocolo das equipes cirúrgicas. Retornos adicionais serão comunicados pelo cirurgião e devem ser seguidos para completa recuperação e avaliação dos resultados.

Lipoaspiração/Lipoescultura

A lipoaspiração destina-se à remoção de gordura localizada, de qualquer região do corpo, por meio de um aparelho especial de vácuo, seringas e cânulas. A lipoescultura é um termo mais recentemente difundido, que caracteriza a mesma lipoaspiração e a utilização da gordura aspirada para preenchimento de alguma depressão corporal (lipoenxertia). Não é tratamento de obesidade, devendo ser encarado como uma cirurgia de modelação ou de contorno corporal. As cicatrizes da lipoaspiração são geralmente pequenas e, na maioria dos casos, camufladas em sulcos, dobras, relevos naturais ou em áreas normalmente cobertas por vestes. Não corrige flacidez de pele ou da musculatura local. Não há limitações de idade para a lipoaspiração. Mesmo em alguns casos de flacidez ela pode ser considerada, e complementada por remoção da pele flácida. Grandes lipoaspirações são passíveis de alto risco. Mas há limites preestabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, que são rigorosamente seguidos pelos seus membros. A “lipo” não é simplesmente um tratamento de beleza. É uma cirurgia e, como tal, tem seus riscos, até mesmo de morte.

Quadro 3 – Cuidados pré-operatórios

Os cuidados pré-operatórios gerais seguem as recomendações de qualquer cirurgia. Em casos determinados pode-se solicitar o ultra-sonografia abdominal ou outro exame específico que possa ajudar no esclarecimento diagnóstico.

Não usar cremes corporais a partir da véspera da cirurgia.

Não depilar ou raspar os pêlos pubianos em casa, antes da cirurgia.

A anestesia comumente é a peridural com sedação, podendo ser geral ou mesmo local, de acordo com a região a ser aspirada ou das cirurgias associadas. O tempo da

cirurgia varia entre três e quatro horas e depende da área a ser tratada.

Quadro 4 – Orientações Pós-operatórias

A retirada de pontos e avaliação pós-operatória são feitas com cinco dias após a cirurgia. Retornos adicionais serão comunicados, devendo ser seguidos para completa recuperação;

Não dirigir por período variável de oito dias, dependendo da extensão de cada caso;

Não carregar peso por no mínimo três semanas;

As áreas de lipoenxertia não podem sofrer compressão para evitar a reabsorção da gordura enxertada;

Os modeladores ou cintas especiais somente podem ser retirados para o banho. Ajudam a modelar o corpo no pós-operatório sendo geralmente indicados pelo período de 30 a 60 dias.

São descritas as seguintes intercorrências: seroma, infecção, deiscência de pontos, necrose parcial ou total da pele, aumento da flacidez cutânea na área aspirada, irregularidades de superfície, entre outras. A lipoaspiração não é cirurgia para o resto da vida. Alguns fatores, como idade, variação do peso corporal, qualidade e textura da pele, influências hormonais, gravidez, interferem de forma incisiva no organismo, independentemente de ter ou não sido operado. A manutenção dos resultados da lipoaspiração, portanto, depende muito do paciente, que será orientado a manter um programa de exercícios físicos e de controle de peso.

Mamoplastia de aumento

A mamoplastia de aumento, como o próprio nome diz, é o aumento das mamas por meio do uso de próteses, geralmente de silicone. As próteses variam conforme a sua forma, seu revestimento externo e o tipo de substância interna (silicone, salina). Essa cirurgia está indicada nos casos de *amastia* (ausência congênita das mamas), *hipomastia* (volume diminuído das mamas), *assimetrias* (uma mama é muito menor que a outra), nos casos de volume normal, nas reconstruções mamárias secundárias a um defeito morfológico deixado pela ressecção da cirurgia anterior ou puramente estéticos (insatisfação pessoal). O melhor momento para se operar é a partir dos 14 a 16 anos de idade, momento em que se espera o completo desenvolvimento das mamas (geralmente três a quatro anos após a primeira menstruação). De acordo com os antecedentes familiares de câncer de mama, pode ser solicitada avaliação ultra-sonográfica ou mamográfica. Pode estar indicada em casos específicos, a avaliação com mastologista. O volume da prótese mamária deve ser aquele em que se mescla o desejo da paciente, suas características físicas (altura, tamanho do tórax) e as ponderações do cirurgião. O ato operatório tem duração de duas a três

horas e pode ser usada anestesia local com sedação, peridural alta ou a geral. O espaço de inclusão das próteses pode ser: retroglândular (logo atrás da mama), retrofascial (atrás da fáscia peitoral) ou retromuscular (atrás do músculo peitoral maior). A ptose associada deve ser corrigida, quando indicada.

Quadro 5 – Orientações Pós-operatórias

Deitar com o tronco elevado. Não deitar em decúbito lateral ou ventral até que seja autorizado pelo cirurgião;

O sutiã deverá ser usado pelo período mínimo de 30 dias, durante todo o dia, inclusive para dormir;

Não dirigir pelo período mínimo de três semanas;

Não carregar peso por no mínimo três semanas;

Não fazer movimentos amplos e bruscos com os braços por cerca de 10 dias;

Vida sexual, com moderação estará liberada após oito dias da cirurgia, mudando a posição;

São descritas as seguintes intercorrências: edema, equimoses, seroma, infecção, deiscência de pontos, necrose parcial ou total da pele, hematomas, alterações transitórias ou definitivas da sensibilidade e formação de uma cápsula fibrosa envolvendo as próteses. Todas as funções das mamas são preservadas, inclusive a lactação, desde que não tenham havido algum problema antes da cirurgia que a impeça, o que ocorre em 18% das mulheres normais. As cicatrizes podem ser posicionadas no sulco submamário (formato horizontal) ou na borda areolar, em forma semicircular, em região axilar ou, em casos específicos, em “L” ou “T” invertido (na ocorrência de ptoses). A troca das próteses mamárias somente é recomendada nos casos de ruptura, deformidades morfológicas, encapsulamento grave, infecção ou desenvolvimento de doenças mamárias incompatíveis com a sua permanência no organismo. O controle mamográfico e cirúrgico rigoroso irá detectar essas alterações e indicar a sua troca.

Mastoplastia redutora / Mastopexia

As mamoplastias redutoras ou mastopexias visam a alcançar proporções mais harmônicas entre as mamas, o tórax e, conseqüentemente, o conjunto corporal. Na maioria das vezes, as reduções mamárias são acompanhadas da correção de algum grau de ptose e/ou assimetria existente. As técnicas disponíveis e mais comuns deixam as cicatrizes mamárias em forma de “L”, “T” invertido e/ou ao redor da aréola, sofrendo as modificações comuns a qualquer processo cicatricial. As mamoplastias estéticas podem ser realizadas a partir do completo desenvolvimento das mamas (14 a 16 anos de idade). A necessidade de exames complementares específicos como mamografia, ultra-sonografia, ou avaliação com mastologista é determinada

pela história clínica e exame físico. O ato cirúrgico dura cerca de três horas e, em geral, é realizado sob anestesia local com sedação, geral ou mesmo a peridural alta. As mamas são incisadas de acordo com a programação prévia, removendo-se e /ou reposicionando-se os tecidos mamários. São dados pontos de sustentação e modelagem das mamas após um rigoroso controle da hemostasia. O curativo obedece a uma bandagem própria.

Quadro 6 – Orientações Pós-operatórias

Deitar com o tronco elevado. Não deitar em decúbito lateral ou ventral até que seja autorizado pelo seu cirurgião;

O modelador deverá ser usado pelo período mínimo de 30 dias, durante todo o dia, inclusive para dormir;

Não dirigir pelo período mínimo de três semanas;

Não carregar peso por no mínimo três semanas;

Não fazer movimentos amplos e bruscos com os braços por cerca de 10 dias;

A vida sexual, com moderação estará liberada após oito dias da cirurgia, mudando-se a posição.

São descritas as seguintes intercorrências: edema, equimoses, seroma, infecção, deiscência de pontos, necrose parcial ou total da pele, hematomas, alterações transitórias ou definitivas da sensibilidade. Poderá haver a redução da capacidade de lactação, de forma permanente e irreversível, dependendo da técnica cirúrgica escolhida. O resultado definitivo só deve ser observado entre 12 a 18 meses e a duração do seu efeito está diretamente relacionado com fatores locais (qualidade e elasticidade da pele, existência de estrias, curativos diários), fatores dietéticos (controle do ganho de peso), fatores hormonais e até mesmo de gravidez.

Rinoplastia

O objetivo da rinoplastia estética é o resultado harmônico e natural, com traços adequados às características faciais individuais. A partir da entrevista com o paciente, o cirurgião ouve suas considerações e pondera as necessidades e possibilidades de cada caso, planejando onde serão necessários procedimentos sobre a estrutura ósteo-cartilaginosa nasal: dorso, ponta, asas, columela, septo, etc. A estrutura do nariz é extremamente complexa e varia intensamente de acordo com a raça, sexo, idade, conformação hormonal, constituição óssea da face, tipo de pele. Em determinados casos, a modelação do nariz pode exigir o uso de enxertos de cartilagem (retirados do septo ou das orelhas), osso (costela) ou utilização de materiais aloplásticos (próteses pré-moldadas de silicone, *poly metil metacrilato*, entre outros). Antes da cirurgia é importante completa avaliação clínica para determinar-se a preexistência de anormalidades

funcionais. Em determinados casos, pode-se solicitar outros exames específicos que venham ajudar no esclarecimento diagnóstico como, por exemplo, avaliação otorrinolaringológica. Muitas vezes é possível a correção funcional dessas anormalidades juntamente com a rinoplastia estética. Na maioria das vezes a anestesia é geral, podendo ser local com sedação. A duração do ato varia conforme o planejamento cirúrgico proposto, entre duas e quatro horas. A cirurgia pode ser realizada com incisões dentro das narinas (endorrinoplastia) ou com uma incisão na columela, também chamada exorrinoplastia. Em casos específicos, poderá haver a necessidade de se reduzir a distância entre as asas nasais (alectomia). Tanto a exorrinoplastia quanto a alectomia deixam cicatrizes externas quase imperceptíveis, modificando-se com a evolução normal da cicatrização. O curativo quase sempre envolve um molde de gesso ou uma tala (*splint*) de material moldável ao contorno nasal, além de um tampão nasal interno.

Quadro 7 – Orientações Pós-operatórias

Deitar com o tronco elevado. Não deitar em decúbito lateral ou ventral até que seja autorizado pelo cirurgião;

Evitar espirros com o nariz, e sim com a boca aberta na primeira semana;

A dieta inicial no pós-operatório imediato deve ser líquida pastosa fria, após quatro horas (anestesia local com sedação) ou seis horas (anestesia geral) do término da cirurgia;

Banhos molhando a cabeça somente com a autorização da equipe cirúrgica e cuidando para não molhar o gesso (quando presente);

Os retornos para a retirada de pontos e avaliação pós-operatória são feitos segundo o protocolo da equipe cirúrgica. Retornos adicionais serão comunicados pelo cirurgião e devem ser seguidos para completa recuperação e avaliação dos resultados.

Após um mês poderá retornar a suas atividades físicas habituais como ginástica, natação, exceto para aquelas que possibilitem trauma (queda, bolada) sobre a região nasal;

A exposição prolongada ao sol deve ser evitada, pois o excesso de calor pode prolongar o edema.

Evitar o uso de óculos mais pesados nos 30 primeiros dias. Se necessário, evitar o apoio excessivo nas partes ósseas.

O tempo necessário para completa cicatrização e acomodação dos tecidos é ainda mais longo nas rinoplastias e, assim, somente após 12 a 18 meses é que se deve avaliar os resultados da cirurgia. Isto ocorre, em parte, pela “memória” da pele dessa região (quanto mais espessa, maior o tempo de acomodação) e pelo edema pós-cirúrgico.

São descritas as seguintes intercorrências: equimoses nasais e periorbitárias, edema palpebral, hemorragia subconjuntival, secreção nasal persistente e formação de crostas no pós-operatório imediato, infecção, necrose parcial ou total da pele do nariz, entre outras.

ORIENTAÇÕES PSICOLÓGICAS

A partir de um questionário simples é caracterizado o perfil psicológico adequado para submeter-se a uma cirurgia plástica. Respostas que demonstrem qualquer desajuste psíquico implica a contra-indicação da cirurgia, pelo menos em caráter temporário.

Quadro 8 – Perfil psicológico do paciente

1. NOME: _____ IDADE: _____
 PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____

2. DADOS FAMILIARES:

2.1 Existe algum parente ou familiar que tenha apresentado, ao longo da vida, problemas psiquiátricos? Em caso afirmativo explique qual parente e que tipo de problemas apresentou:

2.2 Existe algum parente ou familiar que sofra ou tenha sofrido de depressão?

2.3 Algum de seus familiares já se submeteu à uma cirurgia plástica? Em caso afirmativo, ficou satisfeito com o resultado? O que os seus familiares pensam à respeito da sua decisão pela cirurgia?

3. DADOS PESSOAIS:

3.1 Você tem algum problema de saúde?
 SIM NÃO Qual?

3.2 Você toma ou já tomou algum medicamento controlado?
 SIM NÃO

3.3 Você já sofreu algum desmaio ou convulsão?
 SIM NÃO

3.4 Você sofre ou já sofreu de depressão?
 SIM NÃO

3.5 Você já se submeteu a algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?
 SIM NÃO Por quanto tempo?

3.6 Você fuma?
 SIM NÃO

3.7 Você ingere bebidas alcóolicas?
 SIM NÃO

3.8 Fale um pouco sobre sua vida afetiva e seus relacionamentos sociais:
 Você curte seus relacionamentos?
 SIM NÃO
 Te dão prazer?
 SIM NÃO
 Te chateiam?
 SIM NÃO
 O relacionamento amoroso é satisfatório?
 SIM NÃO
 Descreva mais sobre seus relacionamentos:

TERMOS DE CONSENTIMENTO

Os termos de consentimento informado tornaram-se uma exigência atual, independentemente do grau de afinidade na relação médico-paciente. Deste modo, é recebida formalmente a autorização do paciente para realizar as cirurgias (primárias, secundárias ou retoques), bem como para as fotografias de pré e pós-operatórios e uso de pro-

dados específicos nos procedimentos estéticos (*peelings*, preenchimentos e toxina botulínica).

DISCUSSÃO

Durante o período de três anos em que foram utilizados os informativos e termos de consentimento, foi observado: a) redução no tempo da consulta e dos retornos, visto que o paciente já estava bem orientado pelos informativos; objetividade da conversa e mais sensação de segurança no relacionamento médico-paciente. As dúvidas apresentadas foram mais consistentes e baseadas em conhecimentos pré-

vios gerais e específicos sobre o procedimento cirúrgico, cuidados pré e pós-operatórios, possíveis intercorrências e formas de preveni-las e/ou solucioná-las; mais aproximação do paciente e seus familiares e acompanhantes na medida em que se sentiram mais confiantes na cirurgia e na honestidade do cirurgião em lidar com os fatos, previsíveis ou não; mais capacidade do cirurgião em perceber o conhecimento do paciente (fantasioso ou realista) relacionado ao ato cirúrgico, podendo, assim, até mesmo contra-indicar o procedimento. Ao contrário do que alguns poderiam concluir, essas orientações tornaram mais próximos os dois lados desse relacionamento e positivamente contribuíram para torná-lo mais agradável e sincero.

Quadro 8 – Autorização de tratamento

Eu, _____, RG nº _____ autorizo o Dr. _____, médico cirurgião plástico, membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, CRMMG _____, a realizar o(os) seguinte(s) tratamento(s) em minha pessoa (ou na pessoa de minha dependência _____):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Autorizo ainda, a realização de outros procedimentos cirúrgicos que forem necessários para a obtenção dos melhores resultados na(s) cirurgia(s) acima mencionada(s) bem como a aplicação de todo e qualquer recurso terapêutico e laboratorial, necessário e indispensável, a critério do Dr. _____ e da sua equipe, para a maior segurança e melhores resultados neste(s) tratamento(s).

Esta autorização se estende aos demais membros da equipe do Dr. _____, por ele indicados a participar deste(s) tratamento(s) em seu todo. Para a confirmação desta autorização, declaro ter recebido as informações da(s) cirurgia(s) a que serei submetido(a), sendo estas ampla e minuciosa esclarecidas em todos os seus detalhes, para a minha compreensão.

Declaro também ter sido orientado(a) a respeito de todos os cuidados pré e pós-operatórios que deverão ser seguidos bem como a respeito das possíveis intercorrências anestésico-cirúrgicos deste(s) procedimento(s), entre elas, as equimoses, hematomas, hemorragias, infecções (locais e gerais), necroses de tecidos, deiscência (ruptura) de pontos irregularidades de superfície, assimetrias, alterações neuromusculares, problemas vasculares, trombo-embolia, reações alérgicas de maior ou menor intensidade, alterações cicatriciais como quelóides e cicatrizes hipertróficas além de alterações de coloração das mesmas, e demais riscos inerentes ao(s) procedimentos(s) proposto(s).

Também estou ciente de que o uso de cigarros pode ser causa de complicações.

Estou ciente de que todas as medidas de segurança disponíveis no hospital ou clínica onde será feito o tratamento cirúrgico, serão tomadas juntamente com todos os recursos técnicos pessoais do cirurgião e sua equipe, objetivando reduzir ao mínimo possível tais riscos e outros não especificamente mencionados, bem como a busca dos melhores resultados possíveis para o tratamento proposto.

IMPORTANTE: Resultados definitivos somente devem ser considerados após 12 meses da cirurgia. As cirurgias de retoques, quando necessárias, serão aconselhadas pelo cirurgião, devendo-se respeitar o tempo necessário para a adequação dos tecidos e acomodação das cicatrizes. Quando realizadas em momento inoportuno, podem não alcançar os resultados desejados. Os retoques não significam incapacidade técnica mas sim, uma revisão cirúrgica para se alcançar resultados ainda melhores. Os custos destes possíveis retoques serão cobrados somente em relação às despesas hospitalares e de anestesista. Não serão cobrados honorários da equipe cirúrgica desde que estes retoques sejam realizados no período sugerido pelo cirurgião.

Para fins de honorários, será considerado retoque, todo procedimento seguinte à primeira cirurgia, num período subsequente de 12 meses. Após este período, qualquer intervenção cirúrgica será considerada como um novo procedimento, independente do primeiro, mesmo que nas mesmas áreas.

Sei que o comparecimento aos retornos agendados deve ser rigorosamente obedecido e fui informado da importância dos mesmos no seguimento pós-operatório. Assim, me comprometo a cumprir esta programação de controles, sabendo que deste acompanhamento criterioso pode depender os resultados da(s) cirurgias. A paciente deve estar ciente que a cirurgia plástica, mesmo a estética, envolve obrigação de meios, segundo resolução 1621/2001 artigo 4º do Conselho Federal de Medicina.

Por ser verdade, firmo esta diante de uma testemunha.

Belo Horizonte, ____/____/200__

(assinatura)

Endereço e nº telefone: _____/_____

Testemunha : Nome por extenso: _____

RG: _____

(assinatura)

SUMMARY

The authors suggest a doctor-patient relationship based on general and specific orientation on Plastic Surgery procedures, in order to enlighten the doubts and possible conflicts generated by disinformation and dissatisfaction. This study doesn't exclude the need for a detailed pre-operative interview, but intends to have all the orientation always available for the patients and their escorts. It is understood that the moment is unfavorable for the professionals in the area, and the good doctor-relationship is the key for this situation reverse.

Key words: Doctor-patient Relationship. Enlightened Consent. Plastic Surgery.

REFERÊNCIAS

1. Grover S. The psychological dimension of informed consent: dissonance processes in genetic testing. *J Genet Couns* 2003 Oct; 12 (5): 389-403.
2. Fish SS. Informed consent: time for a national dialogue? *Ann Emerg Med* 2004 Apr.; 43 (4): 449-51.
3. Agre P, Rapkin B. Improving informed consent: a comparison of four consent tools. *IRB* 2003 Nov-Dec.; 25 (6): 1-7.
4. Baruch JM. Informed consent and advance directives. *J Am Podiatr Med Assoc* 2004 Mar./Apr.; 94 (2): 198-205.
5. Gorney M. A new paradigm for informed consent. *Plastic Reconst Surg* 2001 Mar.; 107 (3): 877-8.
6. Hardy E, Bento SF, Osis MJD. Consentimento livre e esclarecido: experiência de pesquisadores brasileiros na área da regulação da fecundidade - *Cad. Saúde Pública* 2004 jan./feb.; 20 (1): 216-23.
7. Tebbetts JB, Tebbetts TB. An approach that integrates patient education and informed consent in breast augmentation. *Plastic Reconst Surg* 2002; 110: 971-8.
8. Gyskiewicz JM. What doctors aren't being told: using the freedom of information act. *Plastic Reconst Surg* 2002; 110 (3): 871-2.
9. Gorney M. A new paradigm for informed consent. *Plastic Reconst Surg* 2001 Mar.; 107 (3) : 877-8.
10. Pechter EA. Informed consent. *Plastic Reconst Surg* 1997 Jan.; 99 (1): 253-4.
11. Lister GD. Ethics in surgical practice. *Plastic Reconst Surg* 1996 Jan.; 97 (1): 185-93.
12. Gyskiewicz JM. What doctors aren't being told: using the freedom of information act. *Plastic Reconst Surg* 2004 Feb.; 113 (2):743-5.
13. Evans GRD. The unfavorable result in plastic surgery: avoidance and treatment. *Plastic Reconst Surg* 2003 Sept.; 112 (4): 1168.