



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A
ATENÇÃO ESPECIALIZADA: **MAMOPLASTIA REDUTORA**

Ouro Preto, maio de 2026



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

Secretário Municipal de Saúde

Leandro Leonardo Assis Moreira

Secretária Adjunta de Saúde

Isabela Teixeira Rezende Guimarães

Gerente da Atenção Secundária/Terciária

Simone de Cassia Caetano

Diretora da Atenção Especializada

Sanley Soares Santiago Gomes

Gerente da Atenção Primária

Ricardo Duarte Pereira

Diretora de Programas e Estratégia na Atenção Primária

Luiza Poliana Godoy Paiva Gouveia

Diretor Técnico Policlínica Municipal de Ouro Preto

Roberto Gonçalves Machado

Responsável Técnico de Enfermagem Policlínica Municipal de Ouro Preto

Leonora de Campos Santos

Responsável técnica da Junta Reguladora

Taciana de Oliveira



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

COLABORADORES

Jane Sanglard - Médica Mastologista

Juliana Pessoa Moreira - Médica Reguladora

Mariana Cardoso Gomes Segato - Médica Reguladora

Luís Cláudio Toledo - Médico Regulador

Marlúcia Marques Fernandes - Médica Cirurgiã

Taciana de Oliveira - Enfermeira





PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaoasecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO.....	5
2.	REGULAÇÃO.....	6
3.	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO.....	7
3.1.	ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES.....	7
4.	PROFISSIONAIS SOLICITANTES.....	7
5.	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO E PRIORIDADE.....	8
5.1.	INDICAÇÕES CLÍNICAS.....	8
5.1.1.	DOR CRÔNICA.....	8
5.1.2.	DESCONFORTO MAMÁRIO E COMPROMETIMENTO FUNCIONAL.....	8
5.1.3.	ALTERAÇÕES CRÔNICAS DA PELE.....	8
5.1.4.	NEUROPATIAS ASSOCIADAS.....	9
5.1.5.	IMPACTO PSICOSSOCIAL SIGNIFICATIVO.....	9
5.1.6.	GINECOMASTIA.....	
5.2.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	9
5.3.	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	9
6.	FLUXO.....	10
6.1.	ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO.....	11
6.2.	FIGURA 1: FLUXO ASSISTENCIAL DA MASTECTOMIA REDUTORA.....	13
7.	REFERÊNCIAS.....	14
8.	ANEXOS.....	15
8.1.	TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE.....	15



1. APRESENTAÇÃO

Os protocolos de encaminhamento constituem importantes ferramentas de gestão do cuidado, pois orientam as decisões clínicas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e funcionam como referência técnica para a análise das solicitações pelas equipes reguladoras.

A APS desempenha papel estratégico nas Redes de Atenção à Saúde, constituindo-se como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o espaço privilegiado para a coordenação do cuidado. Sua resolutividade depende da capacidade clínica das equipes, da adequada incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da articulação efetiva com os demais pontos da rede assistencial.

Este protocolo aborda aspectos essenciais do processo de referência de usuárias com condições relacionadas à mamoplastia redutora no âmbito da Rede Municipal de Saúde de Ouro Preto. Trata-se de um documento elaborado com base nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada; em evidências científicas nacionais e internacionais que demonstram benefícios funcionais e melhora da qualidade de vida após a cirurgia; e em recomendações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) e da American Society of Plastic Surgeons (ASPS), que reconhecem a mamoplastia redutora como intervenção terapêutica em casos selecionados.

A elaboração deste protocolo visa padronizar os critérios de encaminhamento para mamoplastia redutora, definindo os quadros clínicos que demandam avaliação especializada, os dados mínimos obrigatórios na solicitação e os critérios de priorização, de modo a qualificar o cuidado, otimizar os fluxos assistenciais e assegurar a integralidade da atenção no território.

A macromastia, também denominada hipertrofia mamária ou hiperplasia mamária, caracteriza-se pelo desenvolvimento excessivo das mamas em relação ao biotipo corporal, com repercussões físicas, funcionais e psicossociais. Trata-se de uma condição distinta da ginecomastia, que corresponde ao aumento benigno do tecido mamário em indivíduos do sexo masculino, não sendo objeto deste protocolo.

O impacto negativo que mamas excessivamente grandes exercem sobre a vida das mulheres é frequentemente subestimado. Pacientes com macromastia sintomática relatam dor crônica e tensão no pescoço, ombros e região dorsal superior, sensação de peso mamário, piora dos sintomas ao longo do dia, além de sulcos dolorosos nos ombros decorrentes do uso contínuo de sutiãs de sustentação rígida, que podem tornar-se permanentes ao longo do tempo.



Estima-se que mulheres que procuram a cirurgia apresentam entre 900 e 2.200 gramas de excesso de tecido mamário, o que altera a biomecânica corporal, favorecendo alterações posturais e sobrecarga muscular, especialmente da musculatura trapézio-escapular. São frequentes ainda mastalgia persistente, dermatites e infecções submamárias de repetição, limitação para atividades físicas e dificuldades para realização do autoexame e de exames de rastreamento mamário.

Além das repercussões físicas, a macromastia está associada a importante sofrimento emocional, incluindo baixa autoestima, insatisfação com a imagem corporal, ansiedade, constrangimento social e prejuízos nos relacionamentos interpessoais.

A mamoplastia redutora é um procedimento cirúrgico indicado para o tratamento da macromastia sintomática, com o objetivo principal de aliviar sintomas físicos, melhorar a funcionalidade e promover melhor qualidade de vida. O alívio da dor e da tensão costuma ser percebido precocemente após a cirurgia, sendo sustentado ao longo do tempo.

Adicionalmente, a cirurgia promove melhora funcional, redistribuição do volume mamário e maior proporcionalidade corporal, o que contribui para ganhos significativos na autoestima e no bem-estar psicossocial. A literatura científica demonstra de forma consistente a eficácia da mamoplastia redutora na redução da sintomatologia e na melhoria da qualidade de vida de pacientes adequadamente selecionados.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a mamoplastia redutora é classificada como cirurgia plástica de caráter reparador, indicada quando há comprovação de repercussões clínicas e funcionais, não se configurando como procedimento estético.

2. REGULAÇÃO

A regulação organiza e qualifica o acesso aos serviços especializados, promovendo o uso adequado e equitativo dos recursos da Rede de Atenção à Saúde. Em Ouro Preto, os encaminhamentos são avaliados tecnicamente com base nas informações clínicas, nos critérios deste protocolo e na estratificação de risco. A equipe de reguladores será responsável pela avaliação técnica dos laudos, classificação de risco do paciente (P0, P1, P2) e de prioridades, baseados em critérios clínicos e nos protocolos de regulação.

P0: Situações clínicas graves que, embora não configurem emergência, requerem agendamento eletivo com máxima brevidade.



P1: Condições clínicas em que o tempo de espera pode comprometer o acesso oportuno a outros procedimentos subsequentes (como cirurgias ou exames complementares). Inclui também casos em que a demora pode interferir negativamente na evolução do quadro clínico.

P2: Não necessitam de um agendamento prioritário. Deverão seguir a ordem cronológica de entrada na lista de espera nas Unidades Solicitantes. Demandas de rotina/ acompanhamento.

3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

O encaminhamento para avaliação especializada em mamoplastia redutora deverá conter, obrigatoriamente:

- Idade da(o) paciente, peso e altura, com cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC);
- Presença ou ausência de doenças associadas, incluindo comorbidades clínicas relevantes;
- Medicações em uso contínuo;
- Descrição dos sinais e sintomas compatíveis com macromastia (tais como dor cervical, dorsalgia, mastalgia, alterações posturais, dermatites ou infecções submamárias de repetição, limitação funcional e impacto na qualidade de vida) ou ginecomastia.

3.1 ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES

- Esclarecer que a mamoplastia redutora é um procedimento de caráter reparador, e não estético;
- Orientar sobre cuidados com a saúde geral, incluindo controle de comorbidades e perda de peso quando indicada;
- Explicar que o agendamento depende da classificação de prioridade e da disponibilidade de vagas na rede assistencial.

Na primeira consulta no serviço especializado, a(o) paciente deverá ser orientada a levar:

- Formulário de referência devidamente preenchido, contendo os dados clínicos e o motivo do encaminhamento;
- Receitas médicas ou relação atualizada dos medicamentos em uso;
- Exames complementares já realizados, quando disponíveis.

4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES

O encaminhamento deve ser realizado por médico(a) da Atenção Primária à Saúde (APS), médicos(as) especialistas da Atenção Secundária e/ou pela Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto à **mastologia**.



Após primeira avaliação clínica e de resultado de exames, e, caso se enquadre nos critérios para realização da cirurgia, a paciente seguirá para avaliação da **Cirurgia Plástica**.

5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO E PRIORIDADE

Serão elegíveis para encaminhamento ao serviço especializado as pacientes com macromastia, caracterizadas por grande aumento do volume mamário, após exclusão de patologias mamárias e distúrbios hormonais persistentes, e pacientes com ginecomastia que apresentem repercussões clínicas, funcionais ou psicossociais relevantes.

5.1 Indicações clínicas

As indicações clínicas para avaliação cirúrgica incluem um ou mais dos seguintes critérios:

5.1.1 Dor crônica

A principal indicação para mamoplastia redutora é a presença de dor crônica nas mamas, pescoço, ombros ou região torácica média das costas, frequentemente associada ao uso contínuo de analgésicos. Podem estar associadas cefaleias tensionais e agravamento de dores lombares em pacientes com doenças da coluna vertebral. Trata-se, em geral, de dor de longa duração, refratária a tratamentos conservadores, como fisioterapia, massoterapia, quiropraxia ou acupuntura, com melhora apenas temporária após essas intervenções.

5.1.2 Desconforto mamário e comprometimento funcional

Desconforto significativo que interfira nas atividades de vida diária ou leve à modificação do comportamento para alívio dos sintomas, incluindo:

- Dificuldade de sustentação mamária adequada, especialmente durante atividades físicas
- Redução do nível de atividade física devido ao peso e desconforto das mamas;
- Limitação funcional com impacto negativo sobre o controle ponderal.

5.1.3 Alterações crônicas da pele

Presença de dermatites, intertrigo, infecções fúngicas recorrentes, maceração da pele, foliculite ou lesões cutâneas no sulco inframamário e áreas intertriginosas, decorrentes do contato pele a pele e da retenção de umidade, especialmente em climas quentes.



5.1.4 Neuropatias associadas

Sintomas neurológicos relacionados à macromastia, como parestesias ou dormência em membros superiores, decorrentes de compressão nervosa crônica.

5.1.5 Impacto psicossocial significativo

Repercussões emocionais importantes, incluindo constrangimento com a imagem corporal, baixa autoestima, dificuldades para vestuário, postura encurvada e evitação de atividades sociais ou físicas, especialmente em mulheres jovens.

5.1.6 Ginecomastia

A ginecomastia caracteriza-se pelo aumento benigno do tecido glandular mamário em indivíduos do sexo masculino, podendo estar associada a causas fisiológicas, medicamentosas, hormonais ou idiopáticas.

A indicação cirúrgica (mamoplastia redutora masculina) poderá ser considerada quando houver:

- Persistência da ginecomastia por período superior a 12 meses, sem regressão espontânea
- Exclusão de causas secundárias tratáveis (uso de medicamentos, distúrbios hormonais, neoplasias);
- Presença de dor mamária (mastalgia) ou desconforto local;
- Comprometimento funcional ou limitação em atividades físicas;
- Impacto psicossocial significativo, incluindo constrangimento, alteração da autoimagem, evitação de atividades sociais ou esportivas;
- Falha de tratamento clínico, quando indicado.

5.2 Critérios de Inclusão

- Desejo expresso da(o) paciente em ser submetida à cirurgia;
- Indicação clínica para mamoplastia redutora, conforme critérios descritos acima;
- Índice de Massa Corporal (IMC) $\leq 24,99 \text{ kg/m}^2$
 - Pacientes com IMC entre 25 e 28 kg/m^2 poderão ser excepcionalmente incluídas, a depender da avaliação da mastologista e da cirurgia plástica.



- Idade ≥ 18 anos, com pelo menos 2 anos após a menarca;
- Exames de rastreamento de câncer de mama atualizados, conforme faixa etária, fatores de risco e diretrizes vigentes.

5.3 Critérios de Exclusão:

- Mamoplastia prévia;
- Ginecomastia secundária a causas não tratadas (ex.: distúrbios hormonais, uso de medicamentos, neoplasias);
- Ginecomastia em fase puberal com menos de 12 meses de evolução (possibilidade de regressão espontânea);
- Mastectomia masculinizadora em homens trans;
- Alterações mamárias exclusivamente estéticas relacionadas à gestação ou ao processo de envelhecimento;
- Doença mamária ou nódulo mamário a esclarecer ou que demande tratamento específico prévio;
- Doenças sistêmicas descompensadas;
- Distúrbios graves de coagulação;
- Infecção ativa;
- Risco cirúrgico ASA III/IV sem condições de otimização;
- Expectativa de gestação em período inferior a 3 anos;
- Idade superior a 60 anos, a critério clínico.

● Observações:

- Sobrepeso ou obesidade ($\text{IMC} > 24,99 \text{ kg/m}^2$) configuram critério de exclusão temporário: Avaliar se a paciente fecha critérios para ser encaminhada ao Ambulatório de Obesidade e Síndrome Metabólica para acompanhamento e perda ponderal, com possibilidade de reavaliação futura.
- Tabagismo constitui contraindicação temporária: A paciente deverá interromper o uso de tabaco por período mínimo de 8 semanas antes da reavaliação para encaminhamento

cirúrgico.

- Registro fotográfico clínico: deverá ser realizado pelo serviço especializado, preferencialmente na avaliação pela Cirurgia Plástica, com a finalidade de documentação clínica, planejamento cirúrgico, avaliação de resultados e resguardo ético-legal. O registro deverá respeitar os princípios da confidencialidade, sigilo das informações em saúde e as normas vigentes de consentimento para uso de imagem.

- **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

P0	
P1	
P2	Todos os casos.

6. FLUXO

A(o)s pacientes que preencherem os critérios de encaminhamento definidos neste protocolo serão referenciadas para avaliação especializada em Mastologia, com os seguintes objetivos:

- Confirmar a indicação clínica de mamoplastia redutora;
- Excluir a presença de doenças mamárias associadas ou contraindicações ao procedimento;
- Avaliar o risco oncológico e a adequação dos exames de rastreamento do câncer de mama;
- Emitir a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), quando confirmada a indicação cirúrgica.

Confirmada a indicação cirúrgica e inexistindo contraindicações clínicas ou mamárias, a paciente será encaminhada para avaliação em Cirurgia Plástica.

Compete ao cirurgião plástico:

- Reavaliar a indicação cirúrgica, considerando critérios clínicos, funcionais e psicossociais;
- Assegurar que a paciente tenha recebido orientação adequada quanto às medidas não cirúrgicas previamente adotadas, incluindo aconselhamento e mudanças no estilo de vida pertinentes (controle ponderal, cessação do tabagismo e manejo de comorbidades), antes da realização do procedimento;
- Conduzir o processo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma clara, ética e devidamente documentada, abordando obrigatoriamente:
 - As cicatrizes inerentes à mamoplastia redutora;



- As possíveis complicações cirúrgicas e pós-operatórias;
- O potencial impacto da cirurgia na amamentação futura;
- Os efeitos de variações ponderais futuras sobre os resultados cirúrgicos.

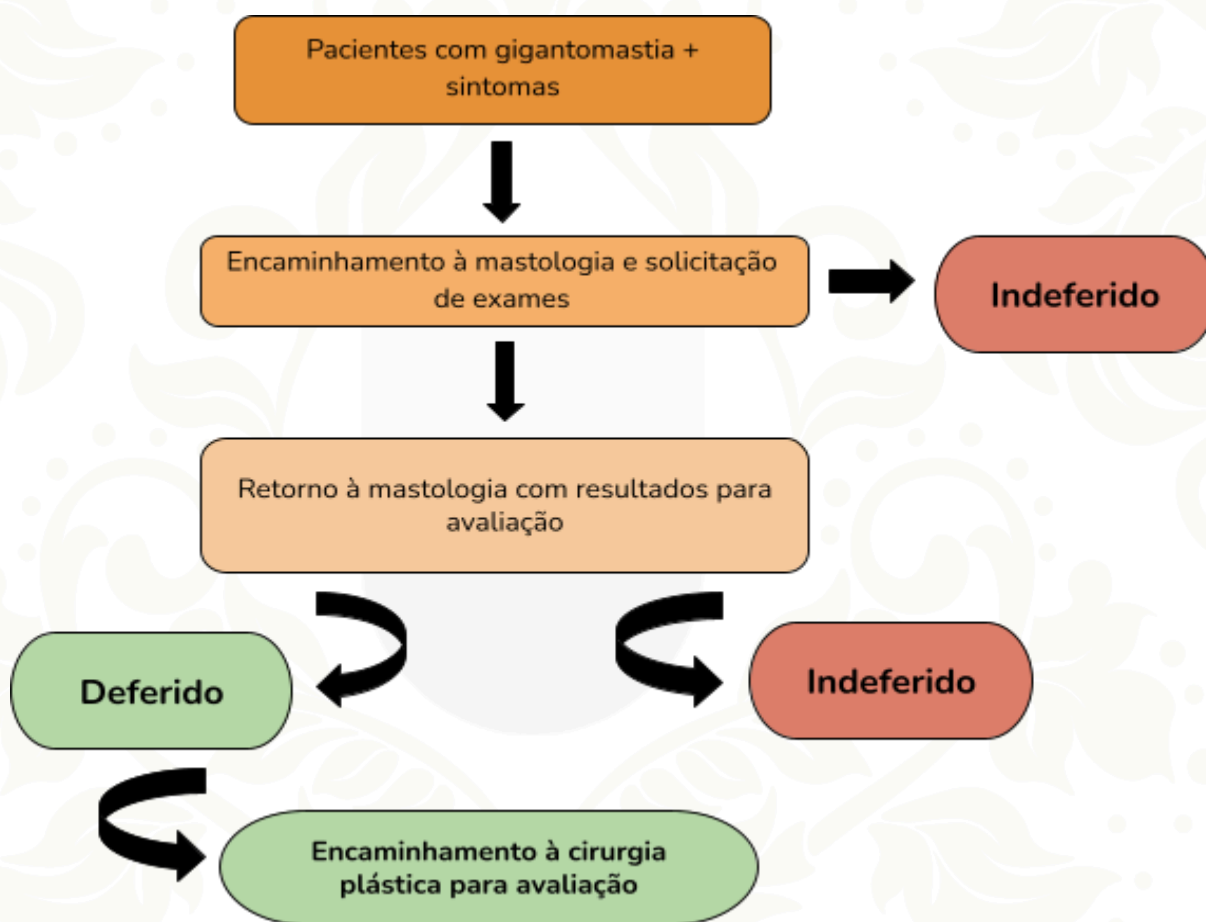
Deverão ser preenchidas três vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), devendo permanecer uma via com o cirurgião plástico; uma via com a unidade hospitalar; e uma via com a paciente.

6.1 Acompanhamento pré e pós-operatório

- As consultas pré-operatórias e pós-operatórias serão realizadas pelo serviço de Cirurgia Plástica;
- O seguimento pós-operatório deverá ocorrer, preferencialmente, nos seguintes períodos de 7 dias; 14 dias; 1 mês e 2 meses após o procedimento cirúrgico;
- Eventuais complicações tardias, identificadas após esse período de acompanhamento inicial, deverão ser avaliadas prioritariamente pelo serviço de Mastologia, conforme necessidade clínica.

Após a definição definitiva da indicação cirúrgica, o agendamento do procedimento estará condicionado à classificação de prioridade do caso e à disponibilidade de vagas na rede assistencial.

6.2 Figura 1: Fluxo assistencial da Mastectomia Redutora



Fonte: elaborado pelos autores



7. REFERÊNCIAS

1. ANDRÉ, F. S.; CHOCIAL, A. C. Tratamento das gigantomastias. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (Impresso), v. 25, n. 4, p. 657–662, dez. 2010.
2. André FS. Mammary arts planning: new classification of mammary shapes. Arq Catarin Med. 2007;36(Supl. I):55-8.
3. Glatt BS, Sarwer DB, O'Hara DE, Hamori C, Bucky LP, LaRossa D. A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty. Plast Reconstr Surg. 1999;103(1):76-82.
- 4- Strombeck JO. Macromastia in women and its surgical treatment. A clinical study based on 1,042 cases. Acta Chir Scand Suppl. 1964;341(Suppl):1.
- 5- PORTAL SES/SC - Cirurgia plástica não estética. Disponível em:
file:///C:/Users/06925461623/Downloads/cirurgia%20pl%C3%81stica_n%C3%83o%20est%C3%89tica%20(1).pdf



8. ANEXOS

8.1- Termo de consentimento do paciente.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA

INFORMAÇÕES GERAIS:

É uma das mais comuns entre as cirurgias plásticas, sendo indicada para melhorar o aspecto das mamas, em caráter funcional ou reparador, para o tratamento profilático de certas doenças e na prevenção de problemas causados por mamas muito volumosas (em especial, dores nas costas). Importante lembrar que uma mama nunca é igual a outra, aceitando-se como dentro da normalidade uma diferença de 15% entre o tamanho e a forma das mamas de uma mesma paciente. Isto ocorre, e é considerado “normal”, pelo fato de que um lado do corpo não é igual ao outro. Assim, esta diferença poderá persistir, também, após a cirurgia, e a paciente deve estar preparada para isto.

Na cirurgia de redução mamária, o tamanho final da mama será decorrente da média entre o desejo expressado pela paciente e o quanto foi possível diminuir a mama, sem aumentar exageradamente a cicatriz.

Lembrar que uma cicatriz existirá sempre, e ela pode ser de boa, regular, ruim ou de péssima qualidade, ficando este resultado na dependência do tipo de pele da paciente e de sua particular e individualíssima resposta ao processo de cicatrização, sobre a qual o médico não tem qualquer ingerência. A forma e a extensão das cicatrizes serão definidas durante a cirurgia, dependendo das condições encontradas, mas sempre será buscado o melhor formato possível, dentro de um menor tamanho de cicatriz.

Após a regressão do edema (inchaço), que é natural e esperado devido à cirurgia, é possível que as mamas sofram uma pequena queda (ptose), o que será variável de pessoa a pessoa, pois esta queda está ligada a inúmeros fatores, tais quais: gestações, influências hormonais, genéticas, tipo de pele e idade. De igual modo, é preciso que a paciente esteja consciente de que as mamas vão continuar sofrendo o efeito da permanente ação da gravidade e que ficarão na dependência da capacidade dos tecidos (de cada paciente), de se contraporem a este efeito. Por estas mesmas causas é impossível prever por quanto tempo as mamas manterão seu formato e posição, quando



já decorridos alguns anos da cirurgia. Elas não são imunes aos efeitos do tempo, da gravidade e da saúde da paciente. E a cirurgia, por óbvio, não interrompe os efeitos deletérios do tempo.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:

- 1. Tipo de anestesia:** anestesia geral. Em casos especiais, e a critério do cirurgião, pode-se empregar peridural alta ou local, com sedação assistida.
- 2. Tempo de duração do ato cirúrgico:** vai depender do tipo da mama a ser operada. A média é de 4 horas.
- 3. Período de internação:** em geral, 24 horas, ou a critério do cirurgião.
- 4. Evolução pós-operatória:** até ser atingido o resultado ideal, diversas fases ocorrerão e são características do período evolutivo pós-cirúrgico:

4.1. Cicatrizaço: as cicatrizes variam de acordo com o tamanho das mamas a serem reduzidas e podem ter o formato de “T”, de acordo com a técnica empregada pelo cirurgião. A cicatrizaço transcorrerá por três períodos distintos, a saber: até o 30º dia, o corte apresenta bom aspecto, podendo ocorrer discreta reação aos pontos ou aos curativos. Do 30º dia ao 12º mês haverá um espessamento natural da cicatriz e uma mudança na sua coloração, passando do vermelho para o marrom, para, em seguida, começar a clarear. Por ser o período menos favorável da evolução cicatricial, é também o que mais preocupa as pacientes. Todavia, ele é temporário, bem como varia de pessoa a pessoa. Do 12º ao 18º mês a cicatriz começa a tornar-se mais clara e menos espessa, até atingir seu aspecto definitivo. **QUALQUER AVALIAÇÃO DO RESULTADO DEFINITIVO DE UMA CIRURGIA DE MAMAS SÓ PODERÁ SER FEITA APÓS O PERÍODO DE 18 MESES.**

4.2. Tamanho, consistência e forma: com a cirurgia, não só as mamas têm seu volume reduzido, como podem ser melhoradas a sua consistência e forma, tudo obedecendo à norma de harmonia em relação ao físico da paciente como um todo. Portanto, de igual maneira como ocorreu com o processo de cicatrizaço, também as “novas mamas” vão passar por períodos evolutivos, que são os seguintes: até o 30º dia sua forma ainda está aquém do desejado, apesar de já apresentarem um melhor aspecto; é comum a ocorrência de edema (inchaço). Do 30º dia ao 8º mês continua a evolução para a forma definitiva, não sendo raros os casos de insensibilidade ou de hipersensibilidade do mamilo. Pode ainda ocorrer edema (inchaço). Do 8º ao 18º mês é o período no qual a mama vai atingir seu aspecto definitivo no que diz respeito à cicatriz, forma, consistência, volume e sensibilidade. No resultado final tem grande importância o grau de elasticidade da pele das mamas e o volume final obtido, já que o equilíbrio entre ambos é variável de caso a caso.

4.3.Cicatrizes antiestéticas: certas pacientes, em decorrência do seu tipo de pele, podem apresentar uma tendência a formar cicatrizes hipertróficas ou à formação de quelóide. Dentro do possível, MAS NEM SEMPRE, essa tendência pode ser prevista durante a



consulta inicial, pelo levantamento da vida clínica pregressa da paciente e de suas características familiares. Pessoas de pele clara têm menor probabilidade dessa ocorrência. Contudo, há vários recursos clínicos e cirúrgicos que auxiliam a contornar, TOTAL OU APENAS PARCIALMENTE, o problema das cicatrizes inestéticas quando estas ocorrerem. O importante é não confundir o período de cicatrização (em especial o que vai do 30º dia ao 12º mês) com complicação cicatricial, lembrando que mesmo que o resultado inicial seja muito bom, será somente entre o 12º e o 18º mês que as mamas atingirão a nova forma dada pela cirurgia.

4.4. Dor no pós-operatório: é discreta e minimizada com analgésicos leves. Costuma ser mais frequente no período pré-menstrual. Pode ocorrer dor no braço, devido à anestesia e a postura durante a cirurgia.

4.5. Dormência / redução de sensibilidade: principalmente na aréola e mamilos. Sua recuperação parcial ou total pode se dar após 01 ano ou mais.

4.6. Náuseas: poderão ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

4.7. Edema (inchaço): presente. Impedirá a visualização do resultado final por, aproximadamente, 3 a 10 meses, sendo mais frequente pela manhã, em dias quentes e no período pré-menstrual. Não impedirá as atividades básicas.

5. Riscos e complicações: toda cirurgia e todo procedimento anestésico envolvem riscos inerentes, mesmo quando realizados com técnica adequada e em pacientes devidamente selecionadas. Na mamoplastia redutora, além dos riscos gerais associados a procedimentos cirúrgicos, existem riscos específicos relacionados à intervenção:

5.1 Riscos e complicações específicas da mamoplastia redutora: Embora pouco frequentes, devem ser previamente conhecidos pela paciente:

- Necrose parcial ou total de retalhos cutâneos e/ou da aréola-mamilar, com risco aumentado em pacientes fumantes, podendo evoluir, em casos extremos, para perda do mamilo;
- Persistência de excesso de pele, gordura ou tecido mamário, resultando em contorno mamário insatisfatório;
- Resultado estético diferente do esperado quanto à forma, tamanho ou posicionamento das mamas, auréolas e mamilos;
- Alterações da sensibilidade da auréola, do mamilo ou de áreas da mama, que podem ser temporárias ou permanentes, não sendo possível prever sua evolução;
- Assimetria entre as mamas quanto à forma, tamanho ou posição, podendo representar condição pré-existente ou surgir após o procedimento;
- Hematomas e alterações cicatriciais;
- Insatisfação com o resultado estético final, mesmo na ausência de intercorrências técnicas.



- O(a) cirurgião(ã) permanece à disposição para esclarecer individualmente cada um desses riscos, bem como para orientar sobre as condutas adotadas caso alguma dessas intercorrências venha a ocorrer.

6. Tabagismo, álcool e drogas: O tabagismo, o uso de drogas ilícitas e o consumo de álcool constituem fatores de risco importantes para complicações cirúrgicas e atraso na cicatrização. Embora não impeçam, de forma absoluta, a realização da cirurgia, aumentam significativamente a chance de eventos adversos, especialmente necrose tecidual, infecção e mau resultado cicatricial. A suspensão do tabaco e do consumo de álcool ou drogas não elimina os efeitos deletérios do uso prévio, mas reduz a probabilidade de complicações. Recomenda-se a interrupção do tabagismo por, no mínimo, 60 dias antes do procedimento cirúrgico, conforme orientação médica.

7. 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, contacte o seu médico ou alguém da sua equipe e elimine a dúvida restante.

RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

1. Comunicar ao cirurgião, com antecedência mínima de 48 horas, a ocorrência de intercorrências clínicas como gripe, indisposição, febre, infecções, início do período menstrual ou qualquer outro sintoma relevante;
2. Internar-se no hospital obedecendo rigorosamente o horário e as orientações fornecidas pela equipe cirúrgica;
3. Evitar o uso de medicamentos para emagrecimento por, no mínimo, 21 dias antes da cirurgia, incluindo canetas emagrecedoras, diuréticos e fórmulas manipuladas;
4. Evitar bebidas alcoólicas e refeições volumosas na véspera do procedimento cirúrgico.
5. Programar previamente atividades sociais, domésticas ou escolares, de modo a não se tornar indispensável a terceiros por um período aproximado de duas semanas após a cirurgia.

CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

1. Evitar esforço físico nos primeiros 30 dias;
2. Não movimentar os braços em excesso, obedecendo rigorosamente às orientações fornecidas no momento da alta hospitalar quanto à movimentação dos membros superiores;
3. Obedecer rigorosamente à prescrição médica quanto ao uso de medicamentos, curativos e demais cuidados;
4. Comparecer às consultas de retorno para troca de curativos e acompanhamento pós-operatório, nos dias e horários previamente agendados;
5. Manter alimentação habitual, salvo em casos específicos que receberão orientação individualizada;



6. Consultar este material informativo sempre que necessário para esclarecimento de dúvidas. Persistindo questionamentos, entrar em contato com o(a) cirurgião(ã);
7. Em caso de possuir animais de estimação (cães ou gatos), evitar contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório, sendo terminantemente proibido que subam no leito. O contato com secreções, especialmente saliva, pode aumentar significativamente o risco de infecção.

Cuidados específicos e orientações funcionais

1. Retirada dos pontos: geralmente realizada em torno de 14 dias após a cirurgia ou conforme avaliação médica;
2. Banho: liberado a partir do segundo dia pós-operatório. Evitar molhar as fitas ou o micropore. Caso necessário, secá-los com secador de cabelo em temperatura morna ou fria;
3. Repouso: não é necessário repouso absoluto. Evitar deitar-se de bruços ou de lado sobre as mamas por 02 meses. Durante o repouso no leito, movimentar regularmente pés e pernas;
4. Deambulação: andar normalmente. Recomenda-se o uso de meias elásticas de compressão suave por 30 dias, como medida de prevenção de trombose venosa. Solicitar auxílio para colocação das meias, evitando esforço excessivo;
5. Atividades físicas: caminhadas esportivas e esportes que não envolvam a área operada: após 45 dias; Atividades que envolvam membros superiores e região torácica (musculação, natação, aeróbica, esportes de impacto): após 4 meses, com progressão gradual;
6. Permanência no domicílio: recomenda-se permanecer em casa nas primeiras 24 horas após a cirurgia;
7. Retorno ao trabalho: geralmente liberado após o 7º dia de pós-operatório, desde que não haja esforço excessivo dos braços;
8. Movimentação dos braços: evitar elevar os cotovelos acima da linha dos ombros por 01 mês;
9. Carga de peso: não carregar pesos superiores a 5 kg durante 01 mês;
10. Dirigir automóvel: liberado após 10 dias, conforme evolução clínica;
11. Exposição solar: permitida após 30 dias, desde que não incida diretamente sobre as cicatrizes ou áreas equimadas. Usar protetor solar;
12. Troca de fitas de micropore: após liberação médica, realizar a troca uma vez por semana. Após 30 dias, iniciar uso de fitas ou discos de silicone sobre as cicatrizes por aproximadamente 3 meses;
13. Relações sexuais: liberadas após 15 dias, evitando pressão direta sobre as mamas por 02 meses;
14. Alta definitiva: ocorre após 2 meses da cirurgia, com nova consulta e registro fotográfico para controle de resultados.



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaoasecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

DO CONSENTIMENTO:

Assim, de posse de todas as informações necessárias, Eu, _____ declaro que fui total e claramente informado(a) e, portanto, dou meu consentimento, livre e esclarecido, para que o(a) _____ médico(a), portador dos Títulos de Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica registrado sob o número _____, e toda a sua equipe, realizem em mim o procedimento acima mencionado, de **REDUÇÃO MAMÁRIA**, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

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.

Entendo e concordo que pode haver necessidade de cirurgia(s) complementar(es), para melhorar o resultado obtido, alcançar a satisfação pessoal ou corrigir um eventual insucesso ou complicação.

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.



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaoasecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

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.

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

CPF

Testemunha: _____ CPF _____



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

