

# Escolha da técnica de mastoplastia de aumento: uma ferramenta na prevenção de litígio médico

*Choosing the augmentation mammoplasty technique: a method for preventing medical disputes*

CLAUDIO RONCATTI<sup>1</sup>  
KATIA TORRES BATISTA<sup>2</sup>  
CLAUDIO RONCATTI FILHO<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A cirurgia plástica é uma das especialidades médicas expostas ao risco de reivindicações abusivas. A maioria das queixas em cirurgia plástica não decorre de falhas técnicas, mas de inadequados critérios de seleção de pacientes, falha na indicação cirúrgica e falta de comunicação adequada entre o paciente e o cirurgião. O treinamento, a utilização cuidadosa de técnicas, a adoção de precauções, o cumprimento de normas de segurança e o formulário de consentimento informado são princípios fundamentais na prática da medicina defensiva. Ademais, ter nos registros dos pacientes informações objetivas sobre a cirurgia realizada avalia o trabalho do cirurgião plástico, tornando os procedimentos profícuos e técnicos. O objetivo deste estudo é descrever uma ferramenta de prevenção de litígios médicos na mastoplastia de aumento baseada em dados de escala em graus I a IV. **Método:** Foram avaliadas 40 pacientes com indicação de mastoplastia de aumento. Todas as pacientes foram submetidas a mensurações anatômicas, documentação fotográfica e registro de doenças hereditárias e congênitas encontradas nas pacientes candidatas a aumento mamário. Além disso, todas as pacientes receberam explicação da indicação e do procedimento cirúrgico a ser realizado. As pacientes concordaram com a indicação cirúrgica e assinaram o termo de consentimento. **Resultados:** O tempo de seguimento das pacientes foi de 6 meses. Todas as pacientes apresentaram alto grau de satisfação com o resultado obtido após o procedimento e não houve caso de queixa ou litígio. **Conclusões:** Os autores propõem o uso regular de tabelas e classificações para escolha prévia dos implantes, com o objetivo de tornar a indicação cirúrgica objetiva, facilitar o entendimento da paciente e prevenir o litígio.

**Descritores:** Implante mamário. Mamoplastia. Jurisprudência.

## ABSTRACT

**Background:** Plastic surgery is a medical specialty that is particularly at risk of unwarranted claims. Most complaints regarding plastic surgery are not a consequence of technical failures but rather of inadequate criteria of patient selection, failure in surgical indication, and lack of effective communication between the patient and the surgeon. Training, careful use of techniques, adopting precautions, compliance with safety regulations, and the informed consent document are fundamental principles of defensive medical practice. Moreover, documenting objective information about the surgery in the medical records validates the work of the plastic surgeon and ensures that procedures are productive and technical. The aim of this study was to develop a tool for preventing medical litigations in augmentation mammoplasty based on data expressed on the scale from I to IV. **Methods:** Forty patients

Trabalho realizado na  
Clínica Lucano de  
Cirurgia Plástica,  
São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP  
(Sistema de Gestão de  
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 22/7/2012  
Artigo aceito: 1º/4/2013

1. Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), professor voluntário da Disciplina de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; perito judicial do Fórum Central da Comarca de São Paulo de confiança do Juízo e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, mestre em Bioengenharia e Laser pela Universidade do Vale do Paraíba, primeiro vice-presidente da Sociedade Brasileira de Laser em Medicina e Cirurgia, diretor clínico da Clínica Lucano de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.
2. Cirurgiã plástica do Hospital Sarah Brasília, membro titular da SBCP, presidente da Regional do Distrito Federal da SBCP, Brasília, DF, Brasil.
3. Membro aspirante do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, membro aspirante da SBCP, médico residente em Cirurgia Plástica do Serviço do Prof. Dr. Ewaldo Bolívar de Souza Pinto da Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil.

with an indication for augmentation mammoplasty were evaluated. All the patients were subjected to anatomical measurements, which were photographically documented, and the hereditary and congenital diseases of the patients presenting for breast augmentation were recorded. In addition, all the patients were informed about the indication and surgical procedure to be performed. They agreed with the surgical indication and provided informed consent. **Results:** The follow-up period was 6 months. All the patients expressed a high degree of satisfaction with the results obtained after the procedure, and no cases of complaints or disputes were encountered. **Conclusions:** The authors propose the regular use of tables and classifications for the selection of implants, with the aim of establishing surgical indication as an objective parameter, facilitating patients' understanding of the procedure, and preventing litigation.

**Keywords:** Breast implantation. Mammoplasty. Jurisprudence.

## INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica mamária talvez tenha sido a que mais sofreu com as modificações sociais nos últimos 20 anos. Esse fato relevante fez com que os cirurgiões plásticos refizessem suas estatísticas e renovassem os conceitos quanto a expectativas e necessidades das pacientes<sup>1,2</sup>. Ademais, foram necessárias modificações nas indicações cirúrgicas para aumento e diminuição das mamas e mastopexias.

No início dos anos 1980, as mastopexias representavam cerca de 60% das cirurgias plásticas mamárias (se consideradas as mamoplastias redutoras, chegava a 75%), indicando uma necessidade sociocultural das mulheres em diminuir e elevar suas mamas<sup>1,2</sup>. Esse era o desejo das mulheres naquela época. Entretanto, as mudanças nos hábitos sociais, aliadas à globalização dos conhecimentos, à popularização de computadores e internet e ao acesso a próteses mamárias mais seguras, fizeram com que houvesse alterações nas necessidades do aspecto do contorno corporal, levando as pacientes a desejar principalmente o aumento mamário por meio de implantes ou associado à mastopexia.

Esses dados podem ser comprovados na base de dados PubMed, por meio de análise do número de publicações relacionadas ao tema mastoplastia nos últimos 45 anos. No período de 1966 a 1992 foram publicados 15 a 20 artigos por ano, em 1992 esse número passou para 260 artigos, e nos dias atuais chega a 650 publicações.

As cirurgias estéticas em geral estão aumentando e também as demandas médico-legais e os casos de litígio<sup>3</sup>. As mamoplastias representam uma parte desse campo e, consequentemente, muitos casos de erro podem surgir. Muitos desses erros levam a processos judiciais em que os cirurgiões plásticos raramente podem ser exonerados. Vale ressaltar que, por se tratar de procedimento cirúrgico simples, rápido e muito procurado pelas pacientes, a plástica mamária de aumento por inclusão de próteses de silicone foi banalizada. Esse fato decorreu talvez da inexperiência de muitos

cirurgiões, que sucumbem à pressão e às exigências da mídia e das pacientes, da formação insuficiente dos cirurgiões plásticos neófitos, da invasão de outras áreas médicas na execução do procedimento ou do esclarecimento inadequado das pacientes, aumentando o risco de complicações, erros e demandas judiciais<sup>3</sup>. Embora os implantes tenham evoluído, muitos resultados ainda não são considerados ideais, pela falta de definição dos parâmetros objetivos para indicação do procedimento e pelo grande número de fabricantes com orientações diversas de forma e volume dos implantes.

Na descrição da técnica de implantes mamários apresentada por Mathes<sup>4</sup>, são obtidas medidas da mama existente, diâmetros torácico, interaxilar e médio-esternal. São avaliados, também, largura, projeção, altura e volume do implante. Geralmente, escolhe-se um implante com base ligeiramente menor que a base da mama existente. Bozola et al.<sup>5</sup> realizaram avaliação geométrica da forma da beleza da mama e da forma da prótese com base na proporção Phi. Esses autores fizeram a marcação da linha vertical médio-esternal à linha do meridiano mamário (*breast meridian line* – BML) para cada mama, da linha mamária horizontal inferior (*lowest horizontal breast line* – LHBL) e da linha mamária horizontal superior (*highest horizontal breast line* – HHBL), bem como dos pontos I direito e esquerdo, no cruzamento de BML e LHBL. A implantação da base da futura mama localizava-se entre as duas linhas horizontais, em visão frontal, e as linhas verticais (*vertical lateral breast line* – VLBL e *vertical medial breast line* – VMBL). As próteses foram escolhidas com base na medida vertical da linha médio-esternal e segundo a classificação das hipomastias proposta em seu estudo. Segundo esses autores, historicamente, não há muitas publicações contendo informações suficientes sobre as formas de próteses.

Para Paula<sup>6</sup>, a escolha dos volumes dos implantes mamários deve ser baseada na solicitação da paciente, nas limitações locais e, principalmente, na medida da base da mama menos o valor do *pinch test* no polo superior. Esse autor avaliou as

indicações para o perfil anatômico, quando as pacientes apresentavam distância entre a clavícula e o mamilo entre 18 cm e 20 cm, e para o perfil natural, quando houve a solicitação da paciente pela maior projeção na região centro-inferior da mama. No fórum de mamoplastia de aumento, publicado na **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, observaram-se principalmente as indicações de implantes de revestimento de poliuretano e formato redondo<sup>7</sup>. Além disso, a escolha do implante dependeu do volume mamário existente e do desejo da paciente, porém não foi observada padronização na indicação, verificando-se caráter subjetivo na avaliação.

Enfim, o dilema desses autores e dos cirurgiões plásticos, de modo geral, é o de realizar avaliação e indicação cirúrgica mais objetiva quanto a forma e volume do implante, pretendendo-se ter a responsabilidade civil do cirurgião plástico, nos procedimentos médicos estéticos, interpretada como obrigação de meio, procurando-se equiparar a especialidade aos demais ramos da medicina, de forma a se evitar o entendimento judicial como procedimento com obrigação de resultado<sup>8</sup>.

O objetivo deste estudo é descrever uma série de casos com indicação cirúrgica para mastoplastia de aumento e/ou mastopexia baseada na avaliação objetiva, obtida por escala numérica, classificados em graus I a IV, e o resultado obtido pelo grau de satisfação da paciente e pela ausência de litígio médico. O estudo objetiva, também, alertar os cirurgiões plásticos quanto à necessidade de informar e transcrever no prontuário médico e no termo de consentimento a avaliação pré-operatória dos achados anatômicos e da indicação possível para cada caso.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo prospectivo, que se propôs a determinar previamente à operação o tamanho das próteses mamárias de silicone, do qual participaram 40 mulheres, com idade mínima de 20 anos e máxima de 45 anos. As pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e concederam autorização para uso das imagens.

A técnica de marcação foi realizada como proposto por Mathes<sup>4</sup> e otimizada pelos autores. As medidas foram incluídas em uma tabela, que permitiu a visualização rápida e concisa de cada caso para escolha do perfil e diâmetro das próteses a serem empregadas. As pacientes foram classificadas de I a IV, de acordo com a deformidade mamária.

Todas as pacientes que participaram deste estudo realizaram exames clínicos e laboratoriais, como hemograma, coagulograma, glicemia de jejum, transaminase glutâmico oxalacética (TGO), transaminase glutâmico pirúvica (TGP), fosfatase alcalina, ureia e creatinina. Além disso, foram realizados exames de imagem com ecocardiografia de repouso, radiografia de tórax em posição pósterio-anterior e perfil direito e ultrassonografia mamária.

Foram considerados critérios de exclusão: mulheres com alterações nos resultados dos referidos exames; presença de nódulo ou cisto; e aumento da espessura do tecido mamário que pudesse sugerir doença prévia.

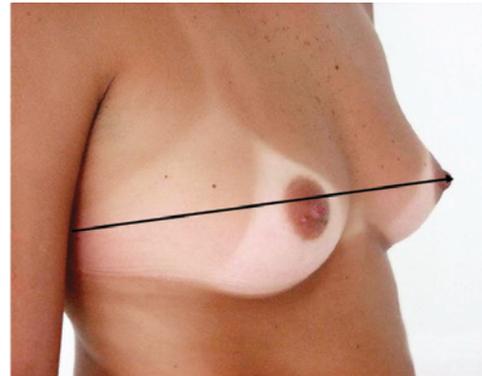
Foram considerados critérios de inclusão: todas as mulheres com exames clínico, laboratorial e de imagem normais, com idade mínima de 20 anos e máxima de 45 anos.

Após obtenção da história clínica, avaliação clínica e realização de exames laboratoriais e de imagem, procedeu-se a algumas mensurações torácicas, com auxílio de fita métrica:

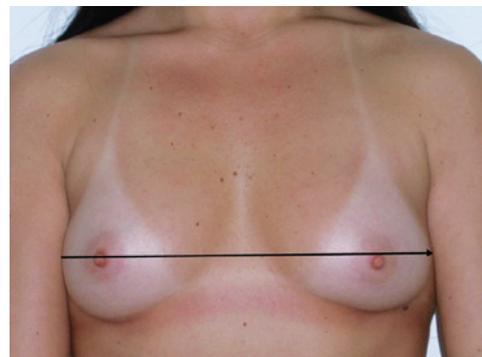
- 1A – diâmetro do tórax passando sobre os mamilos (Figura 1);
- 1B – distância entre as duas linhas axilares anteriores (Figura 2);
- 1C – distância da fúrcula ao manúbrio esternal (Figura 3).

Essas medidas foram registradas no prontuário da paciente e auxiliaram na escolha do perfil e do diâmetro da base das próteses.

Foram obtidas, também, medições da mama, conforme descrito por Mathes<sup>4</sup>:

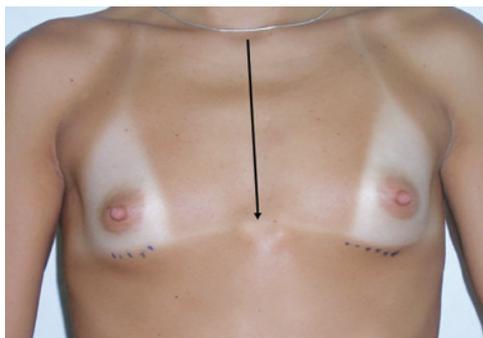


**Figura 1** – Medida 1A, que corresponde ao diâmetro do tórax.

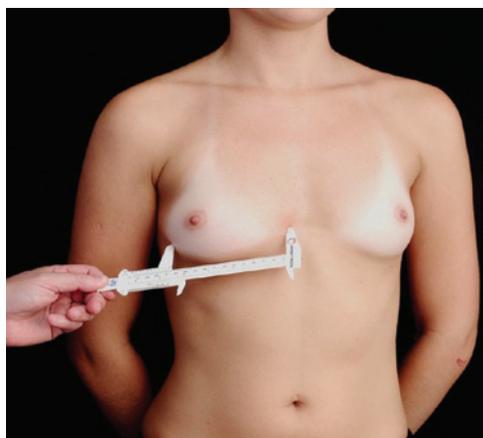


**Figura 2** – Medida 1B, que corresponde à distância entre as duas linhas axilares anteriores.

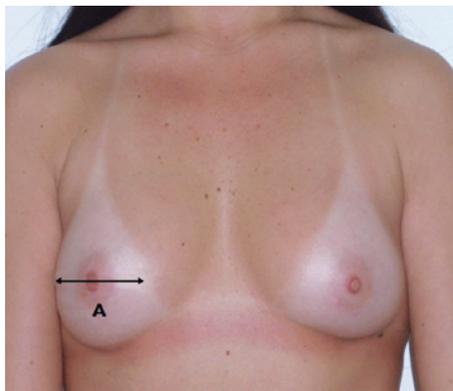
- Medida A – aferida com o auxílio de paquímetro (Figura 4), corresponde à extensão da base das mamas, auxiliando na escolha do diâmetro e da altura do implante a ser empregado (Figura 5). Os



**Figura 3** – Medida 1C, que corresponde à distância da fúrcula ao manúbrio esternal.



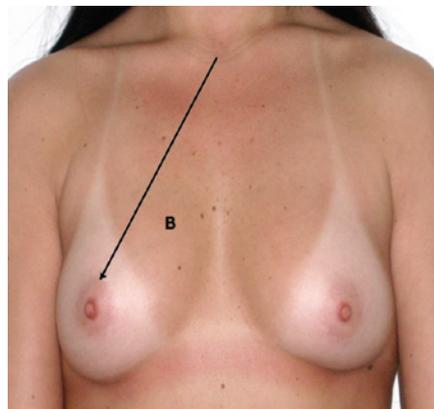
**Figura 4** – Medida aferida por meio de paquímetro.



**Figura 5** – Medida A, que corresponde à base da mama, auxilia na escolha do diâmetro e da altura do implante. Recomenda-se que a base do implante seja 1 cm menor que a base da mama.

fabricantes de implantes mamários fornecem o valor numérico do diâmetro das próteses, dependendo do tipo de perfil. No cálculo do volume mamário pode haver divergência entre os lados do tórax da paciente, em decorrência da diferença de tamanho das mamas. Recomenda-se que a base dos implantes seja pelo menos 1 cm menor que a medida da base da mama.

- Medida B – aferida com o auxílio de régua flexível, corresponde à distância da fúrcula esternal até a margem superior da aréola (Figura 6). Essa informação é importante para a escolha do perfil do implante a ser empregado e para a decisão quanto à necessidade de se associar mastopexia ao procedimento de inclusão da prótese.
- Medida C – aferida com o auxílio de régua flexível, corresponde à distância do bordo inferior da aréola ao sulco submamário (Figura 7).



**Figura 6** – Medida B, que corresponde à distância da fúrcula esternal até a margem superior da aréola, auxilia na escolha da altura da prótese.



**Figura 7** – Medida C, que corresponde à distância do bordo inferior da aréola ao sulco submamário.

Baseados nos parâmetros avaliados e nas dimensões oferecidas pelo fabricante da marca escolhida, de projeções baixa, moderada, alta e extra-alta, os autores aferiram as medidas, em centímetros.

Em todas as pacientes, foram utilizadas próteses de silicone, redondas, texturizadas, com perfis e diâmetros de acordo com a necessidade de cada paciente e com base nas dimensões do tórax e das mamas e na distância do complexo areolopapilar à linha médio-esternal e à linha médio-clavicular.

Seis meses após a cirurgia, as pacientes realizaram avaliação do grau de satisfação com o resultado operatório, atribuindo notas de 0 a 2, correspondendo, respectivamente, a insatisfatório, regular e bom.

### RESULTADOS

A medida A variou entre 9 cm e 12 cm; a B, de 23 cm a 17 cm; e a C, de > 6 cm a 4 cm. A partir dessa marcação, as pacientes foram classificadas em grupos I a IV.

No grupo I, a medida A foi de 12 cm, a medida B de 17 cm e a medida C de 4 cm, sendo indicadas próteses de perfil médio ou baixo (Figura 8).

No grupo II, a medida A foi de 10 cm, a medida B de 18 cm e a medida C de 5 cm, sendo indicadas próteses de perfil médio ou alto (Figura 9).

No grupo III, a medida A foi de 9 cm, a medida B de 21 cm e a medida C de 6 cm, sendo indicadas próteses de perfil alto ou extra-alto (Figura 10).

No grupo IV, a medida de A foi indiferente, a medida B foi de 23 cm e a medida C foi > 6 cm, sendo indicados mastopexia e implante de prótese (Figura 11).

Esses dados foram transcritos para uma tabela de classificação de graduação e indicação cirúrgica, que foi gerada para cada paciente (Tabela 1). Após análise rápida dos parâmetros apostos à tabela, a paciente era classificada nos grupos I a IV, com conseqüente definição do tamanho ideal das próteses a serem empregadas. Ademais, foi possível verificar se haveria necessidade de realização de mastopexia.



Figura 8 – Paciente do grupo I.



Figura 9 – Paciente do grupo II.



Figura 10 – Paciente do grupo III.



Figura 11 – Paciente do grupo IV. Observam-se o grau de ptose e a assimetria mamária pré-operatórias. CAM = complexo areolomamilar.

Todas as pacientes classificaram o resultado operatório final como bom, 6 meses após a cirurgia.

## DISCUSSÃO

A realização da mastoplastia de aumento inclui definição do local da incisão (periareolar, transareolar, submamária ou axilar), da posição do implante (retroglandular, submuscular ou em plano duplo), da textura, do formato e do volume do implante a ser utilizado<sup>9</sup>.

Os parâmetros mais importantes para a determinação clínica do tamanho do implante são a largura da base ou o diâmetro da mama nativa da paciente.

Na história dos implantes mamários, maior importância era dada ao aumento volumétrico das mamas e menor aos resultados obtidos com a forma da mama<sup>2</sup>, pois a incidência de troca de prótese puramente pelo tamanho inadequado descrita na literatura varia de 2% a 20,6%<sup>10</sup>.

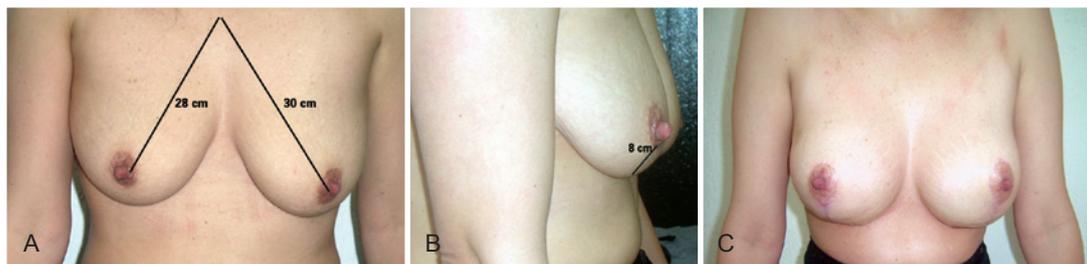
Vários autores procuraram avaliar a eficácia, o grau de satisfação e a qualidade de vida após mastoplastia. Carty et al.<sup>11</sup> estudaram a relação entre o grau de satisfação e a experiência do cirurgião, e observaram que as pacientes mais

jovens que tiveram complicações apresentaram índices mais baixos de satisfação, independentemente da experiência do cirurgião. Adams<sup>12</sup> propôs quatro passos sequenciais para aperfeiçoar os resultados, baseados na educação da paciente, no consentimento informado, no planejamento pré-operatório, na técnica cirúrgica, nas instruções pós-operatórias, no cuidado e no acompanhamento pela equipe. Em 2007, Pusic et al.<sup>9</sup> propuseram a criação do questionário BREAST Q, para medir a satisfação e a qualidade de vida de pacientes submetidas a cirurgia estética e reconstrutiva das mamas. Esse instrumento tem em sua estrutura os tópicos como reconstrução, redução, aumento, mastectomia, escalas de satisfação com as mamas e com o resultado, de bem-estar psicossocial e de bem-estar físico, sintomas relacionados a tórax, membro superior, tronco e abdome, bem-estar sexual, satisfação com a parede abdominal e com a aparência da aréola, informação, além de parâmetros relacionados ao cirurgião plástico e à equipe médica. É importante ressaltar que a avaliação dos resultados dependerá em primeira mão da indicação cirúrgica adequada.

Os autores descritos pretendiam obter parâmetros de avaliação de resultados nas mastoplastias de aumento, considerados importantes, que, todavia, poderão ser insuficientes no âmbito jurídico. Para maiores esclarecimentos no meio jurídico, deformidade é definida como a irregularidade da forma, em que se consideram as alterações da forma como defeito. Diante da constatação de deformidade mamária, cabe ao cirurgião plástico a reparação e atuação médica em geral. Não podendo prever o resultado ou induzir a cura, o médico buscará, entretanto, a melhor solução, sendo essa a definição de obrigação de meio. Este artigo contempla a avaliação anatômica e a determinação de graus de deformidade mamária que necessitam de procedimentos reconstrutivos ou reparadores com o uso de implantes mamários. Com as medidas obtidas neste estudo foi possível classificar e documentar a condição e/ou o estado da mama que perdeu sua forma original, e quantificar o grau de deformidade apresentado, auxiliando, de forma prática e objetiva, na escolha dos implantes mamários adequados. Com essa metodologia, foi possível obter 100% de bons resultados pós-operatórios,

**Tabela 1** – Classificação dos grupos de I a IV, de acordo com a deformidade mamária e o tipo de prótese e procedimento cirúrgico indicados.

Classificação da deformidade mamária	Medidas (cm)			Tipo de prótese
	A	B	C	
Grupo I	12	17	4	Perfil médio ou baixo
Grupo II	10	18	5	Perfil médio ou alto
Grupo III	9	21	6	Perfil alto ou extra-alto
Grupo IV	Indiferente	23	> 6	Mastopexia + prótese



**Figura 12** – Em A, mamas com necessidade de mastopexia, apresentando maior ptose à esquerda. Em B, medida C corroborando a necessidade de mastopexia. Em C, resultado pós-operatório com medidas semelhantes 1 ano após realização de mastopexia e inclusão de próteses de silicone com 280 cc.

sem litígios durante o estudo. São importantes a avaliação e a documentação de parâmetros como forma das mamas, ângulo de divergência, grau de ptose, posição do complexo areolopapilar, assimetrias e alterações cutâneas.

O European Committee on Quality Assurance and Medical Devices in Plastic Surgery<sup>13</sup> e os órgãos competentes de cada país fornecem requerimentos específicos para produção e distribuição dos implantes, incluindo desempenho, material, desenho, industrialização, esterilização, embalagem e informações dos produtos. Todavia, os cirurgiões não tinham os registros e o número real de complicações relacionadas aos implantes. Algumas iniciativas têm sido realizadas, como o *Danish Registry for Plastic Surgery of the Breast*<sup>14</sup> e, no Brasil, o Cadastro Nacional de Registro dos Implantes Mamários<sup>15</sup>, pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Esses instrumentos demonstram o registro do número de implantes e intercorrências, uma preocupação com a segurança na realização dos procedimentos. Com a classificação e a criação da graduação proposta neste artigo, acrescentou-se às ferramentas preventivas de litígio, já descritas na literatura pertinente e consagrada, o treinamento adequado, a relação médico-paciente, o termo de consentimento e a avaliação objetiva dos dados anatômicos para indicação da mastoplastia de aumento, entre outros parâmetros. Com base em dados anatômicos objetivos e de fácil aferição, que devem ser registrados no prontuário médico, podem ser obtidos resultados mais próximos da naturalidade, do equilíbrio e da harmonia da forma da mama, do ponto de vista tanto do cirurgião como da paciente. O cirurgião plástico tem ainda o argumento objetivo e técnico para não só justificar a suas pacientes, tácita e claramente, os motivos da escolha de determinado tamanho ou projeção de prótese, como também demonstrar os motivos pelos quais foi necessário realizar a mastopexia simultaneamente. Muitos cirurgiões empregam recursos de imagens de computador, todavia essa ferramenta pode ser questionada do ponto de vista legal, principalmente quando é apresentada uma imagem do resultado que se espera e o mesmo não é alcançado. Assim, consideramos que o uso de imagens de resultado no computador deve ser realizado com bastante cautela.

## CONCLUSÕES

Neste estudo houve 100% de satisfação com os resultados cirúrgicos obtidos em 40 pacientes classificadas com graus de deformidade mamária de I a IV, sendo empregados parâmetros objetivos para escolha do tamanho e do perfil dos implantes mamários e para indicação de mastoplastias de aumento e/ou associação com mastopexia. Esses dados

são uma importante ferramenta para orientação às pacientes quanto aos parâmetros para indicação cirúrgica, para documentação no termo de consentimento e no prontuário médico, para avaliação da deformidade mamária apresentada e da proposta de correção baseada em dados numéricos. Essas etapas são importantes caso haja a necessidade de prestar contas à Justiça, esclarecendo tratar-se de procedimento mamário reconstrutivo.

## REFERÊNCIAS

1. Rees TD. *Aesthetic plastic surgery*. Philadelphia: W. B. Saunders; 1980.
2. Champaneria MC, Wong WW, Hill ME, Gupta SC. The evolution of breast reconstruction: a historical perspective. *World J Surg*. 2012; 36(4):730-42.
3. Marchesi A, Marchesi M, Fasulo FC, Morini O, Vaienti L. Mammoplasties and medicolegal issues: 50 cases of litigation in aesthetic surgery of the breast. *Aesthetic Plast Surg*. 2012;36(1):122-7.
4. Mathes SJ. *Plastic surgery*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006.
5. Bozola AR, Longato FM, Bozola AP. Análise geométrica da forma da beleza da mama e da forma de prótese baseado na proporção Phi: aplicação prática. *Rev Bras Cir Plást*. 2011;26(1):94-103.
6. Paula PRS. Estudo descritivo e grau de satisfação de pacientes submetidos a implantes mamários de menor projeção em pólo superior. *Rev Bras Cir Plást*. 2010;25(1):168-78.
7. Baroudi R, Pitanguy I, Pontes R, Rebello C, Biggs T, Hochberg J, et al. Fórum: mamoplastia de aumento. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2000;15(3):7-20.
8. Queiroz RCFCL. Responsabilidade civil subjetiva nos procedimentos médicos estéticos: cirurgia plástica e obrigação de meio. *Âmbito Jurídico*. Maio 2012;XV(100). Acesso em: 5/7/2012. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=11602](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11602).
9. Pusic AL, Chen CM, Cano S, Klassen A, McCarthy C, Collins ED, et al. Measuring quality of life in cosmetic and reconstructive breast surgery: a systematic review of patient-reported outcomes instruments. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(4):823-39.
10. Spear SL, Dayan JH, West J. The anatomy of revisions after primary breast augmentation: one surgeon's perspective. *Clin Plast Surg*. 2009; 36(1):157-65.
11. Carty MJ, Duclos A, Gu X, Elele N, Orgill D. Patient satisfaction and surgeon experience: a follow-up to the reduction mammoplasty learning curve study. *Eplasty*. 2012;12:e22.
12. Adams WP Jr. The process of breast augmentation: four sequential steps for optimizing outcomes for patients. *Plast Reconstr Surg*. 2008; 122(6):1892-900.
13. European Committee on Quality Assurance and Medical Devices in Plastic Surgery. Consensus Declaration on Breast Implants. 4<sup>th</sup> Consensus Declaration; 2000. Acesso em: 5/7/2012. Disponível em: [http://www.breastimplantanswers.com/downloads/EQUAM\\_European\\_Union\\_Report\\_on\\_SBI\\_Safety\\_2000.pdf](http://www.breastimplantanswers.com/downloads/EQUAM_European_Union_Report_on_SBI_Safety_2000.pdf)
14. Henriksen TF, Hölmich LR, Friis S, McLaughlin JK, Fryzek JP, Pernille Høyer A, et al. The Danish Registry for Plastic Surgery of the Breast: establishment of a nationwide registry for prospective follow-up, quality assessment, and investigation of breast surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111(7):2182-9.
15. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Cadastro Nacional de Implantes Mamários. Acesso em: 20/6/2012. Disponível em: [www.cirurgia-plastica.org.br](http://www.cirurgia-plastica.org.br)

### Correspondência para:

Katia Torres Batista  
SQN, 115 – Bloco I – ap. 205 – Asa Norte – Brasília, DF, Brasil – CEP 70772-090  
E-mail: [katiatb@terra.com.br](mailto:katiatb@terra.com.br)