WILSON CINTRA JUNIOR

**Mastopexia com inclusão de implantes mamários
após tratamento cirúrgico da obesidade mórbida :
avaliação da satisfação das pacientes e
resultados cirúrgicos**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Cirurgia Plástica

Orientador: Prof. Dr. Rolf Gemperli

São Paulo

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Cintra Junior, Wilson

Mastopexia com inclusão de implantes mamários após tratamento cirúrgico da
obesidade mórbida : avaliação da satisfação das pacientes e resultados cirúrgicos /
Wilson Cintra Junior. -- São Paulo, 2009.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Cirurgia.

Área de concentração: Cirurgia Plástica.

Orientador: Rolf Gemperli.

Descritores: 1.Mama/cirurgia 2.Mamoplastia 3.Implantes de mama 4.Pregas
cutâneas 5.Satisfação do paciente 6.Obesidade 7.Obesidade mórbida 8.Cirurgia
Plástica

USP/FM/SBD-485/09

À minha querida esposa Mariana e filhos Adriana e Fernando; pelo amor, apoio e pelo tempo que não estivemos juntos, em prol deste meu desejo.

Aos meus pais Wilson (*in memoriam*) e Adélia, por terem me proporcionado meios de cursar medicina, e pelo orgulho que sempre externaram.

À minha avó Carmen (*in memoriam*), pela alegria que demonstrava em todos os dias de minha vida universitária.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Marcus Castro Ferreira, pela oportunidade de participar da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e progredir na carreira acadêmica.

Ao Prof. Dr. Rolf Gemperli, pela orientação e direcionamento na elaboração desta tese, despendendo parte de seu valioso tempo.

Ao Dr. Miguel Luiz Antonio Modolin, pelo intenso e inestimável apoio científico e pessoal, desde a época de residência médica, incentivando-me na carreira profissional e acadêmica.

À psicóloga Celeste Imaculada Conceição Gobbi, por participar ativamente desta tese, realizando as entrevistas das pacientes que participaram do estudo.

Ao Dr. Rodrigo Guerson André, médico-assistente do Serviço de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que realizou os procedimentos anestésicos das pacientes participantes deste estudo.

Aos Professores Doutores Nivaldo Alonso e Henri Friedhofer, e aos Doutores Júlio Moraes Besteiro, Jorge Ishida, Paulo Tuma Junior, Silvio Stermán, Diógenes Laércio Rocha, Fábio Ezo Aki e Paulo Cezar Cavalcante de Almeida, pelos profundos ensinamentos em cirurgia plástica.

Ao médico residente Fábio Paganini Costa, por realizar as versões em inglês.

À Sra. Edna Maria Rodrigues dos Santos, pela ajuda em todas as etapas burocráticas durante minha pós-graduação.

Às pacientes que participaram deste estudo, pela contribuição ao avanço científico da cirurgia plástica.

Aos familiares e amigos, que me incentivaram a prosseguir na pós-graduação e, muitas vezes, foram privados da minha presença.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVO	6
3	REVISÃO DA LITERATURA	8
3.1	Obesidade	9
3.2	Mastopexias	16
3.3	Mastopexias com inclusão de implantes mamários	23
3.4	Avaliação de satisfação e resultados cirúrgicos	28
4	MÉTODOS	38
4.1	Seleção de pacientes	39
4.2	Técnica cirúrgica	43
4.3	Avaliação da satisfação	51
4.4	Avaliação dos resultados cirúrgicos	52
4.5	Análise estatística	54
5	RESULTADOS	56
5.1	Avaliação da satisfação	57
5.2	Avaliação dos resultados cirúrgicos	66
6	DISCUSSÃO	77
7	CONCLUSÕES	90
8	ANEXOS	92
9	REFERÊNCIAS	113

Resumo

Cintra Junior W. *Mastopexia com inclusão de implantes mamários após tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: avaliação da satisfação das pacientes e resultados cirúrgicos* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 123p.

INTRODUÇÃO: Pacientes portadoras de obesidade mórbida submetidas a tratamento cirúrgico através de cirurgias disabsortivas-restritivas, após considerável perda ponderal, evoluem com dobras cutâneas ou dermogordurosas em várias regiões do corpo. As mamas são caracterizadas pela deficiência de volume, ptose acentuada, assimetria e medialização dos complexos aréolo-papilares. A mastopexia com inclusão de implantes mamários tem demonstrado ser solução cirúrgica eficaz para melhora da forma, volume e simetria das mamas. **OBJETIVO:** Avaliar a satisfação das pacientes e os resultados cirúrgicos obtidos após a mastopexia com inclusão de implantes mamários. **MÉTODOS:** Vinte pacientes do sexo feminino, com média etária de 39,9 anos, foram submetidas à mastopexia com inclusão de implantes mamários entre setembro de 2008 e abril de 2009. Foram aplicadas entrevistas psicológicas semidirigidas a todas as pacientes, nos períodos pré e pós-operatórios, cujas respostas foram tabuladas, divididas em categorias, e possibilitaram a avaliação da satisfação das pacientes. Foi realizada avaliação dos resultados cirúrgicos através da análise fotográfica por três cirurgiões plásticos independentes, nos períodos pré e pós-operatórios, onde foram atribuídas notas “zero”, “um” ou “dois”, para os seguintes itens: forma da mama, volume da mama, simetria entre as mamas, posicionamento do complexo aréolo-papilar e qualidade e extensão das cicatrizes. **RESULTADOS:** Dezenove pacientes (95%) referiram satisfação com o resultado cirúrgico obtido ($p < 0,001$). Quatro pacientes (20%) relataram melhora da vida profissional; doze pacientes (60%), melhora da vida social; dez pacientes (50%), da vida afetiva; e dez pacientes (50%), da vida sexual. A média das somatórias das notas atribuídas pelos três cirurgiões, referentes a cada paciente, variou entre 4,7 e 10, sendo a média geral de 7,28. Os resultados foram considerados bom ou ótimo para 65% da amostra e pobre para 8,4%. **CONCLUSÕES:** Houve satisfação de 95% das pacientes com os resultados obtidos pela mastopexia com inclusão de implantes. A análise fotográfica dos resultados obteve nota média de “7,28”, caracterizado como bom resultado, apesar da fraca concordância entre os avaliadores.

Descritores: 1.Mama/cirurgia 2.Mamoplastia 3.Implantes de mama 4.Pregas cutâneas 5.Satisfação do paciente 6.Obesidade 7.Obesidade mórbida 8.Cirurgia plástica

Summary

Cintra Junior W. *Mastopexy with breast implant inclusion after morbid obesity surgical treatment: patient satisfaction evaluation and surgical results* [thesis]. Sao Paulo: Faculty of Medicine, University of Sao Paulo; 2009. 123p.

INTRODUCTION: Morbid obesity patients submitted to surgical treatment through disabsortive-restrictive procedures, and after considerable weight loss, develop skin or fatty tissue folds in many regions of the body. These changes in the breasts, in particular, are characterized by volume deficiency, marked ptosis, asymmetry and medialization of the nipple-areola complexes (NAC). Mastopexy associated with breast implant inclusion has shown to be an efficient solution to improve shape, volume and breast symmetry. **OBJECTIVE:** To evaluate patient satisfaction and surgical results obtained after mastopexy with breast implant inclusion. **METHODS:** Twenty female patients with a mean age of 39.9 years were submitted to mastopexy with breast implant inclusion between September 2008 and April 2009. All patients had semi-directed psychological evaluation in the pre- and post-operative periods. The answers to the evaluations were tabulated, categorized, and allowed patient satisfaction analysis. The surgical results evaluation was made through photographic analysis of three independent plastic surgeons, in the pre- and post-operative periods, when scores of "zero", "one" or "two", were attributed to the following items: breast shape, breast volume, symmetry of breasts, NAC position, scar quality and extent. **RESULTS:** Nineteen patients (95%) referred satisfaction with the surgical results attained ($p < 0,001$). Four patients (20%) referred improvement in their professional lives; twelve patients (60%), improvement in their social lives; ten patients (50%), of their affective lives; and ten (50%) of their sexual lives. The mean sum of the scores attributed by the three surgeons, respective to each patient, varied between 4.7 and 10, with an overall mean of 7.28. The results were considered good or great for 65% of the sample and poor for 8.4%. **CONCLUSIONS:** There was a 95% satisfaction rate among patients with the results obtained through Mastopexy with breast implant inclusion. The photographic analysis of the results obtained a mean score of 7.28, considered as a good result, albeit the weak correlation among evaluators.

Descriptors: 1.Breast/surgery 2.Mammaplasty 3.Breast implants
4.Skinfold thickness 5.Satisfaction of the patient 6.Obesity 7.Morbid obesity
8.Plastic surgery

1 INTRODUÇÃO

A obesidade tem sido tratada nos últimos anos como um dos principais problemas de saúde pública em todo mundo, e está associada à diminuição da expectativa de vida e piora da qualidade de vida ^{1,2}. Isso estimulou o surgimento de novos tratamentos clínicos e cirúrgicos para a obesidade.

Pacientes portadores de obesidade mórbida, com índice de massa corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m², ou acima de 35 kg/m² associado a comorbidades, são tratados pelo método cirúrgico conhecido, genericamente, como cirurgia bariátrica. Após apresentarem grande perda ponderal, têm como resultado uma dismorfia corporal caracterizada por grandes redundâncias dermogordurosas, frequentemente associada à dificuldade na higiene pessoal e maior incidência de infecções cutâneas.

Após perda considerável de peso, o paciente assume aspecto socialmente desgracioso devido à grande quantidade de dobras cutâneas que se distribuem desarmonicamente nos membros superiores, membros inferiores, abdome, mamas, e regiões torácica lateral, dorsal e cérvico-facial ³. Em pacientes mais jovens, a contração cutânea pode ser suficiente para eliminar as sobras de pele; porém, após a terceira ou quarta década de vida, o grau de contratilidade da pele diminui ⁴. Sob estas dobras, tanto pelo volume, quanto pela dificuldade de acesso à higiene, acumulam-se secreções que, junto às descamações normais da pele, favorecem a instalação de infecções cutâneas de difícil tratamento, denominadas de intertrigo. ⁵

O indivíduo obeso, em consequência aos descomunais aumentos de volume, assume postura defeituosa, com graves repercussões no aparelho locomotor, associadas ou não a osteopatias. Mesmo após o emagrecimento, há necessidade de remoção dos excessos cutâneos visando corrigir a postura, favorecer a locomoção e facilitar a atividade física, combatendo assim, o sedentarismo destes pacientes.

Não há como esquecer as manifestações da sexualidade, que reduzidas durante a obesidade, ficam seriamente comprometidas após o tratamento, devido às mamas ptóticas e sem volume, nas pacientes do sexo feminino, e aos grandes “aventais” dérmicos abdominais.

A cirurgia plástica pós-obesidade mórbida melhora a autoestima e diminui os problemas relacionados à saúde desses pacientes, que podem voltar a ser membros produtivos na sociedade.⁵

Para pacientes que apresentaram perda ponderal maciça, têm sido indicadas cirurgias plásticas, tais como braquioplastias, abdominoplastias, dermolipectomias femorais, mastoplastias e ritidoplastias, dentre outras, no intuito de ressecar os excessos dermogordurosos e melhorar o contorno corporal.

Nas pacientes portadoras de ptose e perda do volume das mamas, a mastopexia associada à inclusão de implantes mamários tem demonstrado ser uma solução cirúrgica eficaz. Verifica-se, na literatura, dois grupos com opiniões distintas. Um grupo realiza este procedimento em tempo único e outro, em dois tempos cirúrgicos distintos, isto é, primeiro realiza a mastopexia e posteriormente, a inclusão dos implantes mamários.^{6,7}

Uma vez emagrecido e com as doenças associadas controladas, o paciente busca possíveis correções que o aproxime da sua imagem corporal, permitindo melhor convívio social e qualidade de vida superior. O contorno corporal está muito distante do convencionalmente considerado normal e não existe uma distribuição equilibrada, pois a pele perdeu a elasticidade e as dobras cutâneas acumularam-se assimetricamente nos diversos segmentos corpóreos.

Alguns pacientes podem sofrer retração cutânea suficiente para apresentarem aparência aceitável, não necessitando da cirurgia plástica. Por esse motivo, a cirurgia do contorno corporal deve ser indicada, no mínimo, doze meses após a estabilização do peso corporal, quando ocorre a máxima retração cutânea.⁸

A experiência clínica com pacientes ex-portadores de obesidade mórbida que foram submetidos a cirurgias bariátricas e, posteriormente, às cirurgias plásticas, demonstra melhor adaptação para a realização das atividades diárias. Isso estimulou estudo prospectivo para se avaliar esses pacientes após a cirurgia plástica das mamas.

Não se evidenciou, na literatura médica, dados específicos que avaliassem as alterações psicológicas e resultados cirúrgicos, através de estudo prospectivo, em pacientes submetidas à mastopexia com inclusão de implantes mamários, em tempo único, após grande perda ponderal.

Para a avaliação da satisfação das pacientes submetidas à mastopexia com inclusão de implantes mamários em tempo único, optou-se

pela aplicação de entrevistas psicológicas semidirigidas⁹, em períodos pré e pós-operatórios, e posterior análise das respostas obtidas.

A avaliação dos resultados cirúrgicos foi feita através da análise de fotografias das pacientes, em período pré e pós-operatório, sendo aplicadas notas por três cirurgiões plásticos, avaliando-se forma, volume, simetria, posicionamento dos complexosaréolo-papilares e qualidade e extensão das cicatrizes.¹⁰

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho consiste em avaliar a satisfação das pacientes, ex-portadoras de obesidade mórbida, que sofreram redução do peso corpóreo após realização de cirurgia bariátrica disabsortiva-restritiva e, posteriormente, foram submetidas à mastopexia com inclusão de implantes mamários, através da análise das respostas fornecidas nas entrevistas semidirigidas; bem como, avaliar os resultados cirúrgicos obtidos, através da análise fotográfica comparativa das pacientes no período pré-operatório e pós-operatório.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Obesidade

A Organização Mundial da Saúde - OMS define sobrepeso e obesidade como sendo o “anormal ou excessivo acúmulo de gordura corporal que apresenta risco à saúde”.¹

A obesidade atingiu taxas globalmente epidêmicas. Em 2005, aproximadamente 1,6 bilhões de pessoas com idade superior a 15 anos encontravam-se com sobrepeso e, ao menos, 400 milhões de indivíduos eram clinicamente obesos. A OMS projeta para 2015 aproximadamente 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e valor superior a 700 milhões de adultos obesos. Ao menos 20 milhões de crianças com idade superior a 5 anos estavam com sobrepeso em 2005.²

É uma condição complexa, com sérias implicações sociais e psicológicas. É a doença que mais contribui com o aparecimento de outras doenças crônicas e incapacitantes.

A causa fundamental da obesidade é o desequilíbrio entre as calorias ingeridas e o gasto energético. O aumento no consumo de alimentos hipercalóricos, ricos em gorduras saturadas e açúcares; e pobres em vitaminas, minerais e micronutrientes; combinado à diminuição de atividades físicas e subsequente sedentarismo presente em muitas formas de trabalho, transporte e urbanização, vem elevando as taxas de

obesidade a níveis alarmantes desde a década de 80. A obesidade epidêmica não é restrita às sociedades industrializadas. Atualmente, este aumento ocorre mais rapidamente nos países em desenvolvimento que nos países desenvolvidos.²

A OMS reconhece que sobrepeso e obesidade são doenças de saúde pública, em rápida expansão mundial; que são doenças prevalentes, tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento; e que afetam crianças, adolescentes, jovens e adultos. Obesidade e sobrepeso são tão comuns quanto as mais tradicionais doenças de saúde pública, como a desnutrição e as doenças infecciosas. Os gastos públicos com as comorbidades que acompanham a obesidade são inferiores, apenas, àqueles relacionados às doenças decorrentes do tabagismo. As consequências deste fato na saúde da população são o aumento dos riscos de morte prematura e sérias doenças crônicas, que comprometem a qualidade de vida. Especial atenção tem sido dada ao aumento da incidência de obesidade infantil.¹

A implementação das recomendações individuais no controle do peso corporal; como diminuição na ingestão de gorduras totais e saturadas; aumento do consumo de frutas, verduras e legumes; limitação da ingestão de açúcares e aumento da atividade física periódica; requer sustentação política, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS.

Historicamente, o conceito de beleza e contorno corporal apresenta variações conforme a época em que são avaliados. Na Antiguidade, mulheres obesas eram consideradas símbolos de fertilidade. Um corpo com

acúmulos gordurosos era bem visto na época da Renascença, como podemos observar nas obras de Rubens; corpulência era símbolo de afluência.¹¹ Mulheres moderadamente obesas ainda são consideradas muito atrativas em algumas civilizações.¹²

Atualmente, o contorno corporal considerado ideal está relacionado à silhueta esbelta e alta, observado em indivíduos que trabalham na indústria da moda, como manequins e modelos fotográficos. A procura por um corpo atlético, em alguns casos, tornou-se quase obsessão, com dietas e prática de esportes exagerados.¹³

A obesidade tornou-se, nos últimos anos, grave problema de saúde pública, que se iniciou nos países desenvolvidos, principalmente pela abundância de alimentos e pelo hábito e tipo de alimentação baseada em carboidratos e gorduras. Esta vem estendendo-se aos países em desenvolvimento. A taxa de mortalidade no indivíduo obeso mórbido é 12 vezes maior do que no indivíduo não obeso.¹⁴

A obesidade é caracterizada por acúmulo excessivo de tecido adiposo, que se distribui de maneira heterogênea em todo organismo. É relativamente difícil, exceto pela aparência, determinar a obesidade. Para tanto, recorre-se a aferições para qualificar e quantificar a obesidade.

Aferições como medida da prega cutânea e medida da circunferência abdominal são índices fáceis de serem realizados, porém com grande possibilidade de erro, principalmente nos pacientes que tiveram grande perda ponderal, apresentam excessos cutâneos e, possivelmente, deixaram de ser obesos. A bioimpedância é aferição precisa, pois relaciona a

quantidade de água nos tecidos, conseguindo quantificar a porcentagem de tecido gorduroso corporal. De todas as aferições, a mais empregada é o índice de massa corpórea (IMC) que relaciona o peso expresso em quilogramas distribuído pela altura elevada ao quadrado dando, desta forma, a distribuição em kg/m^2 .¹¹

Os quadros de obesidade são aqueles em que o IMC está acima de 30kg/m^2 . Serão rotulados de obesidade mórbida quando atingirem níveis superiores a 40kg/m^2 , e super obesidade quando forem maiores que 50kg/m^2 .

Indivíduos obesos têm maior incidência de morbidade e mortalidade, dadas as comorbidades que o aumento de volume corpóreo determina, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo II, coronariopatias, colelitíase e colecistite, osteoartrite, doenças respiratórias, apnéia do sono e câncer (mama, endométrio, cólon e próstata). A obesidade está também associada a complicações durante a gravidez, irregularidade menstrual e alterações psicológicas que envolvem o próprio indivíduo e também seu relacionamento pessoal, familiar e profissional.¹⁵

É de fundamental importância lembrar que o risco relativo de mortalidade é maior para indivíduos com IMC igual ou superior a 30 kg/m^2 .¹⁶

O fator econômico é de extrema importância, quando se considera a obesidade como doença mundial. Sabe-se que os custos, tanto das companhias de seguro quanto dos serviços públicos, com as complicações geradas pela obesidade, como trombose venosa profunda, infecções, estase venosa e edema de membros inferiores e ulcerações,

ultrapassam os custos do tratamento cirúrgico da obesidade; sem considerar as chances em potencial do aumento da expectativa de vida nos pacientes operados e o retorno às suas atividades sociais e profissionais e, em alguns casos, removendo o paciente da assistência médica pública.¹¹

Conforme informações do Centro de Controle e Prevenção de Doenças-CDC do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América, 34% dos indivíduos americanos adultos, acima de 20 anos de idade, são obesos.¹⁷

Segundo a Divisão de Nutrição, Atividades Físicas e Obesidade do “National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion”, houve um aumento dramático da obesidade nos Estados Unidos da América. Dados mostram que a prevalência da obesidade em indivíduos entre 20 e 74 anos aumentou de 15%, entre 1976 e 1980, para 32,9%, em 2004. Para as crianças com sobrepeso, entre 2 e 5 anos, aumentou de 5% para 13,9%; e para aquelas entre 6 e 11 anos, de 6,5% para 18,8%. Em 2006, mais de um terço dos adultos americanos eram obesos, ou seja, aproximadamente 72 milhões de pessoas, acometendo 33,3% dos homens e 35,3% das mulheres.¹⁷

No Brasil, estudos estatísticos, realizados em 2007, mostraram que 51% dos brasileiros estão com sobrepeso, 14% são obesos e 3% são obesos mórbidos. Houve crescimento dos portadores de obesidade mórbida de aproximadamente 400% nos últimos 20 anos, passando de 0,6% para 3%.¹⁸

O tratamento da obesidade pode ser dividido, basicamente, em clínico e cirúrgico.

As modalidades convencionais de tratamento da obesidade, como dietas balanceadas com baixa quantidade de calorias, drogas anorexígenas e a prática de exercícios físicos, são eficientes na maioria dos pacientes obesos.

Nos pacientes portadores de obesidade mórbida, apenas 10% a 20% são capazes de perder peso corporal e mantê-lo através do tratamento clínico convencional ¹. Para esses pacientes em que o índice de massa corpórea está acima de 40kg/m² ou acima de 35kg/m² associado a comorbidades, existe a indicação do tratamento cirúrgico da obesidade através das chamadas cirurgias bariátricas, que podem ser classificadas em cirurgias restritivas, disabsortivas ou restritivas-disabsortivas.

As cirurgias restritivas são aquelas em que se restringe a passagem alimentar pelo tubo digestivo, e podem ser obtidas através de diversas técnicas, como a colocação de banda gástrica, que é um anel posicionado na transição esôfago-gástrica, diminuindo o orifício de passagem dos alimentos; o balão intra-gástrico inflável, que é introduzido por via endoscópica dentro do compartimento gástrico, diminuindo assim, a capacidade volumétrica do estômago para os alimentos, e estimulando sensação precoce de saciedade; a gastroplastia vertical ¹⁹, em que se promove a diminuição do compartimento gástrico, excluindo-se o fundo e parte do corpo do estômago, sendo que o volume gástrico fica restrito ao antro; e a colocação, por via laparoscópica, de banda gástrica ajustável ²⁰,

que leva à perda de 20% a 30% do peso corporal, porém necessita da colaboração do paciente.

As cirurgias disabsortivas são aquelas cujo procedimento cirúrgico promove desvio do trânsito intestinal, diminuindo a área e o tempo de absorção do bolo alimentar através da parede intestinal. A técnica de Scopinaro ²¹, por exemplo, apresenta como desvantagens a intensa diarreia osmótica e a perda excessiva de eletrólitos e líquidos. A derivação bílio-digestiva com “duodenal switch” ²² preserva a anatomia básica, o que favorece absorção de ferro, proteínas, cálcio e vitamina B12, e promove melhor qualidade de vida no longo prazo.

Atualmente, as cirurgias mais utilizadas no tratamento da obesidade são as cirurgias mistas, que associam métodos disabsortivos e restritivos, proporcionando assim, melhores resultados, menor índice de complicações e menor desconforto ao paciente. Exemplo desse tipo de cirurgia apresenta-se na técnica de Fobi-Capella ²³⁻²⁵, onde se procede a gastroplastia restritiva através da diminuição do compartimento gástrico, excluindo todo fundo e parte do corpo do estômago, associado ao desvio e diminuição do trânsito intestinal através de um “Y de Roux”. Segundo alguns autores ²⁶⁻²⁸, esta técnica seria a mais adequada. Outro exemplo está na técnica de Wittgrove ²⁹, que se diferencia da anterior, substituindo o anel por uma sutura restritiva entre o estômago e o duodeno.

3.2 Mastopexias

(*Masto + pexo + ia* - Cir, fixação da glândula mamária – Dicionário Michaelis)

A mastopexia é a cirurgia plástica que trata a ptose mamária, tendo como principais objetivos a melhora da forma da mama através de cicatrizes diminutas; o reposicionamento anatômico das mamas na parede torácica; e o reposicionamento anatômico do complexo aréolo-papilar, evitando-se lesões ou alterações neurovasculares.³⁰

A ptose mamária é caracterizada pela queda das mamas, seja por diminuição de seu volume, flacidez cutânea ou por ambas. As primeiras técnicas descritas para tratamento da ptose mamária através da elevação do complexo aréolo-papilar e ressecção de excesso tecidual datam de 1912, com Lexer, e 1923, com Kraske.³¹

A ptose mamária foi definida por Regnault³² como sendo a queda da glândula mamária, pele e mamilo na parede torácica, e classificou-a em três tipos. No tipo A, existe ptose mínima e a papila está posicionada na projeção do sulco inframamário ou pouco inferiormente a ele. Na ptose moderada do tipo B, a papila está localizada até 3 cm abaixo do sulco inframamário. Na ptose severa do tipo C, a papila está posicionada mais que 3 cm abaixo do sulco inframamário.

Muitos autores propuseram algoritmos tentando relacionar a técnica de mastopexia que deveria ser utilizada, ao grau de ptose mamária.³²⁻³⁶ Porém, a multiplicidade de técnicas, descritas na literatura, atesta a ausência de uma técnica ideal, ou seja, única para todos os casos.³⁰ Por isso, o

diagnóstico acurado e a seleção criteriosa das pacientes são essenciais para a obtenção de resultados satisfatórios, com mínimas complicações.

A nomenclatura das técnicas é baseada nas vias de acesso, isto é, nas incisões cutâneas, e podem ser classificadas como periareolar, cutânea, com cicatrizes reduzidas e em “T invertido”.

As mastopexias periareolares são mais frequentemente recomendadas para correção de ptoses brandas. A principal vantagem da técnica consiste na cicatriz resultante, diminuta e camuflada ao redor da área pigmentada da aréola. As principais desvantagens são alargamento da cicatriz, aumento do diâmetro areolar e dificuldade na obtenção de forma cônica à mama.

Bartels et al.³⁷ foram os primeiros a descrever, em 1976, a mastopexia periareolar, realizada através de técnica cutânea, associada ou não à mastoplastia de aumento, e tendo como principal vantagem a mínima cicatriz resultante em área camuflada pela coloração peculiar da pele areolar.

Erol e Spira³⁸, em 1980, descreveram técnica de mastopexia periareolar, caracterizada pela desepidermização de área periareolar pré-determinada e sutura periareolar, invaginando o tecido desepidermizado. Afirmou que esta técnica promovia a elevação do complexo aréolo-papilar, melhorava a projeção da mama e estaria indicada para ptoses pequenas a moderadas.

As mastopexias cutâneas têm sido criticadas por resultarem em aumento circunferencial da aréola, recorrência de flacidez da aréola e mama, alargamento das cicatrizes e recorrência da ptose. Muitas variações da técnica periareolar, como remodelagem do parênquima, uso de malhas

synthetic que envolvam todo parênquima, e sutura areolar circular com fio inabsorvível, têm melhorado a projeção e forma da mama, além de proporcionar maior durabilidade dos resultados obtidos com esta técnica.³⁵

Gruber e Jones³⁹, em 1980, descreveram técnica semelhante à de Erol³⁸, onde realizavam desepidermização periareolar com raio entre 2 e 3 cm, incluindo a porção externa da aréola. Indicavam esta técnica para mamas com pequeno volume, ptose branda e aréola protuberante; constatando alargamento cicatricial periareolar, alargamento do diâmetro areolar e forma globular da mama resultante. Como vantagens, incluíam a facilidade e rapidez da técnica e a preservação da sensibilidade aréolo-papilar.

Goes^{40,41}, em 1996, propôs variação técnica da mastopexia por via periareolar, levando em consideração que as técnicas cutâneas favoreciam a recorrência precoce da ptose. A porção parenquimatosa era tratada separadamente da cutânea. Após desepidermização periareolar em área delimitada previamente e liberação de toda pele não desepidermizada sobre a glândula, o retalho de pele desepidermizada era fixo à glândula tendo como pedículo central a área areolar; a mama remodelada era fixa à fáscia peitoral anterior e ligamento mamário de Cooper; era aplicada tela de material absorvível ou mista com material inabsorvível, entre a glândula e a pele, remodelando a mama. Afirmou que a manutenção da nova arquitetura era proporcionada pelo sistema de suporte mais duradouro.

As técnicas com cicatrizes reduzidas compõem um grupo diverso, sendo que muitas delas resultam em cicatriz periareolar associada à cicatriz vertical ou lateral oblíqua. A revolução das mastopexias com

pequenas cicatrizes teve início com a técnica de Claude Lassus ⁴², em 1964. Outros autores descreveram a técnica com cicatrizes reduzidas como cicatriz em “L”. Estas técnicas deveriam ser utilizadas para ptoses brandas a moderadas, porém alguns autores relataram sucesso no tratamento de grandes ptoses ou grandes ressecções de volume. As desvantagens dessas técnicas são, principalmente, a grande variabilidade e dificuldade técnica. ³⁰

Lejour et al. ⁴³, em 1990, baseando-se na descrição de Lassus ⁴² e na tentativa de minimizar as cicatrizes resultantes, publicaram a técnica de mastoplastia vertical realizada em 64 pacientes. Esta técnica estaria indicada para mamas com pele de considerável elasticidade e parênquima firme, e resultava em cicatrizes periareolar e vertical que não ultrapassava inferiormente o sulco inframamário.

Chiari Jr. ⁴⁴, em 1992, publicou a técnica de pequena cicatriz em “L”, realizada em 178 pacientes, para ressecções de hipertrofias mamárias pequenas, moderadas e grandes, bem como mastopexias e correção de assimetrias. As cicatrizes resultantes eram periareolar, vertical e horizontal unilateral, onde a extensão desta dependia da quantidade de parênquima a ser ressecado e do excesso cutâneo.

Ferreira et al. ⁴⁵, em 1995, seguindo tendência da época, publicaram técnica de mastoplastia redutora com cicatrizes reduzidas. A simplicidade técnica e os bons resultados obtidos facilitavam a reprodutibilidade e possibilitavam o uso desta técnica entre os cirurgiões plásticos em formação no programa de residência médica.

As várias técnicas que resultam na cicatriz em “T invertido” são, geralmente, indicadas para ptoses acentuadas grau III, pois possibilitam remodelagem ampla do parênquima à custa de cicatrizes periareolar, vertical e horizontal.

Wise ⁴⁶, em 1956, descreveu, pela primeira vez, as demarcações geométricas para o tratamento das hipertrofias mamárias, reposicionando a aréola, ressecando o excedente cutâneo e tendo como cicatriz resultante o “T invertido”.

Pitanguy ⁴⁷, em 1967, publicou técnica de redução mamária para tratamento de hipertrofias, mantendo a nutrição vascular do complexo aréolo-papilar através de pedículo superior. Elevava-se o complexo até o ponto “A”, demarcado na projeção da linha média da mama sobre o sulco inframamário, e realizava-se a ressecção do excesso parenquimatoso e cutâneo na porção inferior da mama, utilizando a técnica de desepidermização periareolar e pequeno descolamento subcutâneo.

Peixoto ⁴⁸, em 1980, descreveu técnica para redução mamária, cujas vantagens seriam adaptabilidade para mamas pequenas, médias ou grandes; previsibilidade do resultado; facilidade na elaboração da técnica e preservação de suprimento sanguíneo da mama. Posteriormente, este mesmo autor descreveu diferentes demarcações para a ressecção cutânea, levando em consideração o excesso e a qualidade da pele. ⁴⁹

Hammond ⁵⁰ descreveu, em 1999, técnica denominada SPAIR – “short scar periareolar inferior pedicle reduction”, ou seja, redução baseada em pedículo inferior com cicatriz curta e periareolar, sendo uma das mais

utilizadas nos Estados Unidos nos dias atuais. Consistia na manutenção da nutrição sanguínea e inervação do complexo aréolo-papilar através de pedículo inferior, redução do volume através de ressecção periférica do parênquima mamário, remodelagem do parênquima residual através de plicatura com pontos, e cicatriz resultante vertical com extensão oblíqua.

Hall-Findlay ⁵¹, em 1999, apresentou modificações à técnica de mastoplastia vertical de Lejour ⁴³, tornando-a mais fácil e reprodutível, e relatando que também poderia ser aplicada às mamas volumosas. As modificações incluíram o uso de pedículo dermoglandular medial ou lateral, não desepidermizado; utilização rara da lipoaspiração para redução de volume; e não utilização de suturas à fáscia peitoral.

Em recente pesquisa aplicada entre cirurgiões plásticos norte-americanos certificados pela Sociedade Americana de Cirurgia Plástica Estética – American Society for Aesthetic Plastic Surgery, constatou-se que a técnica com incisão em “T-invertido” foi a mais utilizada, maior grau de satisfação foi obtido com as técnicas SPAIR e Hall-Findlay, houve menor satisfação dos cirurgiões com aplicação da técnica periareolar, e a utilização da técnica periareolar implicou em maior frequência de revisões cirúrgicas. ³⁰

A avaliação pré-operatória dos pacientes deve consistir em anamnese bem elaborada, levando-se em consideração problemas prévios com as mamas, como biópsias ou pequenas cirurgias realizadas; gravidez e seus efeitos sobre as mamas; alterações relacionadas ao período menstrual, como dor, edema, aumento de volume e distorções da papila; história familiar de sangramentos espontâneos, descartando-se coagulopatias;

medicações em uso; alergias a drogas ou outras substâncias; procedimentos cirúrgicos anteriores e possíveis complicações cirúrgicas ou anestésicas. Qualquer história familiar de doença oncológica deve receber especial atenção. O exame físico deve considerar características corporais gerais da paciente como altura e peso, se é longilínea ou brevelínea; forma e dimensões torácicas; distância entre as mamas, caracterizando sinmastia ou não; simetria entre as mamas, quanto ao volume, posicionamento no tórax, localização dos sulcos inframamários e tamanho, forma e posicionamento de aréolas e papilas mamárias. A mama deve ser avaliada quanto ao grau de ptose.³¹

Deve-se avaliar o desejo e a expectativa da paciente em relação ao procedimento cirúrgico indicado e possível resultado. O cirurgião deve indicar tamanho e forma dos implantes mamários compatíveis com o biótipo da paciente. As pacientes que desejam realizar a cirurgia por motivos ou objetivos inapropriados, que apresentem desordens psicológicas, ou que podem ter intolerância às limitações ou possíveis complicações pós-operatórias, não estão indicadas para o tratamento cirúrgico. A avaliação psicológica pré-operatória pode evitar dissabores pós-operatórios tanto para a paciente quanto para o cirurgião.³¹

A avaliação radiológica deve ser realizada através de ultrassonografia, no caso das pacientes jovens com componente predominantemente parenquimatoso; e mamografia, para pacientes acima de 35 a 40 anos, com mamas predominantemente adiposas. Há casos em que ambos os exames são realizados para complementação do diagnóstico. Em alguns casos específicos, a ressonância nuclear magnética pode-se fazer necessária.³¹

3.3 Mastopexias com inclusão de implantes mamários

A história das mastoplastias de aumento teve início, efetivamente, a partir da II Guerra Mundial. Até então, esta cirurgia era considerada irrelevante, pois sua indicação era rara e as possibilidades técnicas eram limitadas. Após 1945, dois procedimentos foram propostos, considerando o uso de tecido autólogo gorduroso proveniente dos flancos ou através de enxertos dermogordurosos. Os resultados foram considerados insatisfatórios e, muitas vezes, desastrosos. No início dos anos 60, Cronin e Gerow⁵², com auxílio da Dow Corning Company, propuseram a inclusão de implantes de silicone. Os novos implantes obtiveram sucesso imediato e o número de mastoplastias de aumento cresceu rapidamente. Após período otimista, admitiram-se resultados insatisfatórios em alguns casos, causados pela contratura capsular que ocorria ao redor dos implantes, gerando mamas endurecidas e deformadas. Durante as décadas de 70 e 80, a evolução do invólucro de silicone flexível e o gel interno com maior coesividade diminuíram significativamente a frequência de contratura capsular.⁵³

As vias de acesso para inclusão de implantes mamários são o sulco inframamário⁵², incisão periareolar inferior^{54,55} e incisão na região axilar⁵⁶. Os implantes podem ser localizados atrás do tecido glandular – retroglandular^{52,57}, posteriormente à fáscia dos músculos peitorais – retrofascial⁵⁸, ou atrás dos músculos peitorais – retromuscular.^{59,60}

Gonzales-Ullôa⁶¹, em 1960, e Regnault⁶², em 1966, afirmavam que o aumento de volume mamário associado à mastopexia era procedimento

reconhecidamente controverso e discutível, devido aos resultados, complicações e necessidade de revisões cirúrgicas.

Nas pacientes que apresentaram grande perda ponderal, observa-se ptose mamária acentuada grau III associada a excesso cutâneo e pequena quantidade de tecido parenquimatoso, relativamente. Além disso, observa-se medialização dos complexos aréolo-papilares, excessos cutâneos nas regiões lateral e inferior das mamas, e perda da elasticidade da pele.⁶³ A inserção da fáscia superficial no esterno, de ambos os lados, determina a medialização dos complexos aréolo-papilares, pois com a perda de volume mamário, determinado pela perda ponderal, e perda da elasticidade da pele, proporcionada pela menor quantidade de elastina na matriz dérmica, ocorre um acúmulo dermolipoglandular nos quadrantes laterais inferiores, migrando os complexos aréolo-papilares para a região medial do tórax.^{64,65}

Nesses casos, deve-se associar a mastopexia à inclusão de implantes mamários, com a finalidade de reposicionar anatomicamente as estruturas e aumentar o volume das mamas, tornando-as proporcionais e harmônicas. Essas pacientes apresentam quantidade insuficiente de volume mamário, e a inclusão de implantes proporciona adequação do volume; possibilidade de cicatrizes menores; melhora da forma, homogeneidade e consistência das mamas; e maior longevidade dos resultados.⁶⁶

A deformidade nas mamas causada pela perda ponderal após cirurgia bariátrica é maior e de tratamento mais complexo que nas pacientes que não tiveram perda maciça de peso. A assimetria entre as mamas, causada por perda assimétrica dos volumes, é frequente. A mama tem aparência “vazia”,

a pele apresenta flacidez acentuada e o excesso cutâneo é mais significativo. Além disso, essas pacientes frequentemente apresentam excesso cutâneo e adiposo na região axilar e no tórax posterior. Alguns autores realizam a mastopexia e a inclusão dos implantes mamários em estágios distintos, enquanto outros autores realizam em único estágio cirúrgico. Porém, a maioria dos autores acredita que a realização da mastopexia associada à inclusão de implantes mamários requer experiência e habilidade do cirurgião, pois frequentemente são necessários procedimentos complementares para refinamento dos resultados.⁶⁷

Apesar da diversidade de técnicas utilizadas pelos autores, foi consenso que, para obtenção de resultado estético satisfatório, deve-se eliminar os excessos vertical e horizontal; recriar o sulco inframamário em posição adequada; proporcionar simetria e bom posicionamento do complexo aréolo-papilar, projeção anterior e do polo superior das mamas e boa curvatura lateral das mamas.⁶⁷

Para tratamento do contorno corporal inferior, Lockwood⁶⁸, em 1996, descreveu procedimento denominado suspensão corporal inferior, no qual a abdominoplastia era combinada à suspensão transversa de flancos, coxas e glúteos, utilizando a fixação da fáscia superficial como tecido de sustentação. Utilizando o mesmo princípio de sustentação proporcionado pela fixação do sistema fascial superficial - SFS, em 1999, o mesmo autor apresentou estudo retrospectivo com 109 pacientes submetidas à mastopexia ou mamoplastia redutora, realizando a suspensão do parênquima mamário e sua fixação através de pontos separados no sistema fascial superficial com

fio inabsorvível. A análise pós-operatória, com período variando entre seis e 36 meses, mostrou baixa incidência de cicatrizes hipertróficas (3%), e sugeriu resultados mais estáveis e duradouros.⁶⁴

Hurwitz⁶⁹, em 2004, propôs procedimento denominado suspensão corporal superior, que consistia na associação de mastoplastia, braquioplastia e abdominoplastia reversa em quase toda circunferência torácica, com as cicatrizes resultantes parcialmente cobertas pelo sulco inframamário. Concluiu que este tipo de procedimento foi um avanço no tratamento do contorno corporal, quando indicado para pacientes selecionadas e que fossem operadas por equipe experiente.

Soliman et al.⁷⁰, em 2008, afirmaram que quando houvesse excesso cutâneo na região lateral do tórax, a suspensão corporal superior estaria indicada e consistiria na associação da braquioplastia, ressecção dos excessos em dorso e mastoplastia.

A mastopexia para pacientes com grande perda ponderal sempre foi tido como procedimento difícil e, muitas vezes, era necessário o uso de tecidos vizinhos, como descrito por Hurwitz e Agha-Mohammadi⁷¹ em sua técnica de mastopexia com retalhos espiralados, onde utilizavam retalhos desepidermizados da parede lateral do tórax e epigástrio que, pediculados na região central da mama, eram posicionados ao redor da mesma. Este procedimento promovia aumento de volume e projeção das mamas e, quando necessário, associavam a inclusão de implantes mamários, preferencialmente em ato cirúrgico posterior.

Rubin ⁷² descreveu técnica semelhante denominada de mastopexia com suspensão dérmica, utilizando retalhos desepidermizados das projeções medial e lateral da base mamária, que seriam incluídos e suturados ao parênquima, promovendo aumento autólogo do volume mamário. Apesar do tempo cirúrgico aumentado, teria como vantagem a eliminação dos excessos dermogordurosos característicos no tórax de pacientes com grande perda ponderal.

Conforme Stevens et al.⁶, a mastopexia associada ao aumento de volume mamário popularizou-se entre as pacientes, tendo acréscimo de 506% nos últimos nove anos. Lembrando que alguns autores recomendavam as cirurgias em tempos distintos, realizou estudo retrospectivo com 321 pacientes, que foram submetidas à mastopexias com inclusão de implantes mamários salinos em estágio único, e não registrou complicações graves no período de 40 meses de acompanhamento pós-operatório. O esvaziamento dos implantes foi a intercorrência mais comum (3,7%), seguido de cicatrizes com qualidade insatisfatória (2,5%), recorrência da ptose (2,2%) e assimetria entre as aréolas (2,2%). Quarenta e sete pacientes (14,6%) foram submetidas a revisões cirúrgicas, sendo 10,9% das pacientes por problemas relacionados ao implante salino e 3,7 % das pacientes, por problemas relacionados ao tecido mamário. Notou que a taxa de revisão cirúrgica relacionada aos implantes foi menor que em procedimentos de mastoplastia de aumento não associada à mastopexia (13,2%); e que a taxa de revisão cirúrgica relacionada ao parênquima mamário foi menor que em mastopexias simples (8,6%). Concluiu que,

embora os riscos dos procedimentos em tempo único sejam significativos, os resultados de seu estudo demonstraram o contrário.

Codner e Weinfeld ⁷, acreditando em menor risco de intercorrências, realizaram mastopexias com inclusão de implantes mamários em tempos cirúrgicos distintos, em 98 pacientes, num período de 12 anos, sendo que 25% das pacientes realizaram mastopexia periareolar e 75%, em “T invertido”. Foram utilizados implantes de silicone gel com superfície lisa em 90% das pacientes, o local de inclusão dos implantes foi retromuscular em 80% das pacientes. Constataram 5% de revisões cirúrgicas por motivos estéticos e 5%, para tratamento de sequelas como deiscências ou necroses parciais do complexo aréolo-papilar.

3.4 Avaliação de satisfação e resultados cirúrgicos

Historicamente, as mamas sempre representaram o símbolo máximo da feminilidade e da sexualidade feminina. A mama é o representante exterior da feminilidade; é extremamente valorizada, pois constitui a parte identificável da diferença entre os gêneros; tem potencial erógeno e é considerada símbolo extremamente narcísico. Além disso, é símbolo da identidade corporal feminina e do sentimento de autoestima e valor-próprio.⁷³

Alterações importantes da forma, a perda parcial ou total das mamas representa grande ameaça à integridade psicológica e funcional da mulher.⁷⁴

O aprimoramento da forma e volume das mamas melhora não somente a aparência física, mas também contribui com o bem-estar psicológico das pacientes. Com a atual ênfase dada pela mídia, um número crescente de mulheres busca tratamento para distorções das mamas. Importante salientar que a forma, contorno e volume das mamas são permanentemente alterados pela mastoplastia de aumento ou redutora; por isso, cada caso deve ser avaliado individualmente com o objetivo de trazer resultados satisfatórios às pacientes.⁷⁵

Com o aumento de cirurgias bariátricas realizadas, a demanda pela melhora do contorno corporal aumentou na mesma proporção. A perda de peso e a cirurgia plástica de contorno corporal mostraram efeitos benéficos tanto na autoestima, como na autoimagem desses pacientes.⁷⁶

Existe crescente preocupação em como avaliar e quantificar a efetividade dos tratamentos médicos, devido ao alto custo e às diversas formas atuais de tratamento. Embora, tradicionalmente, a Medicina tenha centrado sua avaliação de resultados na perspectiva do médico e na redução da morbidade e mortalidade, é inquestionável a importância de outras avaliações dos pacientes, das famílias, da sociedade, dos pesquisadores; e de outras dimensões como: estado clínico, funcionamento diário, qualidade de vida, impacto familiar, satisfação e custo do tratamento. A preocupação com parâmetros mais amplos na avaliação dos resultados, do que simplesmente quanto à mortalidade, verifica-se há aproximadamente 50 anos. No entanto, foi no início dos anos 80 que a avaliação da experiência subjetiva dos

pacientes foi colocada em base teórica, com a introdução do conceito de qualidade de vida.⁷⁷

A cirurgia plástica tem importante impacto sobre a autoimagem. O grau de impacto depende do grau de estabilidade psicológica do indivíduo, mas também de quão rapidamente as mudanças sobre a aparência acontecem. Algumas cirurgias produzem mudanças imediatas, como as mastoplastias de aumento, satisfazendo rapidamente ao desejo, e a incorporação à imagem corporal ocorre após semanas ou meses. Outro grupo é o das cirurgias denominadas de reparadoras, como as reconstruções mamárias, onde a assimilação da nova imagem corporal causa menor impacto. O grupo das cirurgias reconstrutivas, que tem a função de tornar os defeitos mais próximos do que é considerado normal, através da reparação desses defeitos, compreende grupo de pacientes que geralmente ficam satisfeitos e agradecidos. A satisfação proporcionada pelas cirurgias do contorno corporal depende primordialmente da extensão da cirurgia, do período em que o paciente foi obeso e da sua perda ponderal. Para que se obtenha sucesso com a cirurgia do contorno corporal, aspectos emocionais e interpessoais devem ser analisados, não podendo ocorrer motivação errônea para realização da cirurgia, necessitando que o paciente esteja psicologicamente estável.⁷⁸

Assim como em outras formas de cirurgia plástica, entender os aspectos psicológicos dos pacientes que tiveram grande perda ponderal, após cirurgia bariátrica, é fator importante na avaliação pré e pós-operatória desses pacientes. Os resultados físicos e psicossociais desses

procedimentos, bem como, os fatores que motivaram a decisão por estes, têm tido pequena atenção na literatura. Então, a vasta literatura relacionando aspectos psicológicos e cirurgia estética poderia ser utilizada como base na compreensão das relevantes questões psicológicas dos pacientes com grande perda de peso. A avaliação psicológica pré-operatória desses pacientes deve ser considerada parte fundamental da consulta inicial, focando motivações e expectativas, aparência e imagem corporal, estado psicológico ou psiquiátrico, e histórico.⁷⁹

Alguns pacientes podem ter expectativas irreais dos resultados pós-operatórios, esperando transformá-los em pessoas que nunca estiveram com excesso de peso. Outros podem não entender completamente que a cirurgia de contorno corporal geralmente produz extensas cicatrizes, podendo ainda, deixar irregularidades cutâneas ou deformidades corpóreas residuais.⁸⁰

Como em outros campos da medicina, os resultados em cirurgias estéticas deveriam ser avaliados conforme evidência. Porém, nesta área nem sempre os objetivos são claros, pois se busca a proximidade do que é considerado padrão normal, ou mesmo, a melhora. Ferreira¹⁰, em 2000, avaliou 91 pacientes submetidas à mastoplastias redutoras através de três critérios: julgamento estético, grau de satisfação proporcionado pela cirurgia e teste psicológico. A procura pela satisfação pessoal ou melhora estética foram fatores que motivaram 77% das pacientes a realizarem a cirurgia. O resultado cirúrgico esteve próximo do esperado para 73% das pacientes. A avaliação dos resultados foi feita através das notas “zero”, “um” ou “dois”,

atribuídas pelo cirurgião, pela psicóloga que realizou os testes e por um observador, para os seguintes parâmetros: volume, forma, simetria, aréola e cicatriz. A soma das notas foi entre 7 e 9 para 77% das pacientes.

Spear et al.⁸¹, em 2004, observando a discussão na literatura sobre mastopexia e inclusão de implantes mamários, realizadas em dois tempos cirúrgicos ou em tempo único, realizaram estudo retrospectivo com 34 pacientes operadas entre 1996 e 2002. Observadores, através de fotografias pré e pós-operatórias das pacientes, avaliaram ptose mamária residual, simetria entre as mamas, qualidade da cicatriz resultante, forma da mama, tamanho do complexo aréolo-papilar e resultado geral; e aplicaram notas que variaram entre “um” (resultado pobre) e “quatro” (resultado excelente), tendo nota “três” como resultado geral. Treze pacientes realizaram a mesma avaliação, obtendo-se nota geral “3,1”. Concluíram que o procedimento realizado em tempo único apresentou resultado bom e as pacientes ficaram satisfeitas, demonstrando que o procedimento realizado em dois tempos pode não ser significativamente melhor que quando realizado em tempo único.

Cruz-Korchin e Korchin⁸² realizaram estudo prospectivo randomizado com amostra composta por 208 pacientes do sexo feminino, que foram submetidas à mamoplastias redutoras pela técnica de pedículo inferior e cicatriz em “T invertido” (grupo I, n= 105) e técnica de pedículo súpero-medial com cicatriz vertical (grupo II, n= 103). Foi utilizada escala graduada entre “1” (muito decepcionada) e “10” (muito contente) para avaliação do tamanho da mama, forma da mama, simetria entre as mamas, cicatrizes

resultantes, sensibilidade pós-cirúrgica do complexo aréolo-papilar, aumento dos sintomas de desconforto ou dor comparado ao período pré-operatório, facilidade para encontrar roupas após a cirurgia, resultado estético, satisfação geral com a cirurgia de redução mamária. Os resultados obtidos nos dois grupos foram 8 ± 2 e 8 ± 1 , respectivamente, caracterizando um alto grau de satisfação.

Zweifler e Glasberg⁸³ apresentaram estudo retrospectivo realizado com 55 pacientes que foram submetidos a 68 procedimentos cirúrgicos estéticos. Escala de satisfação, variando entre “0” (infeliz) e “10” (extremamente feliz), foi aplicada aos pacientes, obtendo nota média de 6,59. Os resultados cirúrgicos foram considerados como excelente ou bom por 60% dos pacientes; 89% dos pacientes indicariam a cirurgia para um amigo; e 78% dos pacientes realizariam novamente o mesmo procedimento.

Bolton et al.⁸⁴ realizaram estudo prospectivo avaliando 30 pacientes do sexo feminino submetidas a abdominoplastia, em períodos pré e pós-operatórios, usando medidas de imagem corporal e funcionamento psicossocial. Foram observadas alterações positivas após as cirurgias na subescala do “Appearance Evaluation of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire” e melhoras significativas ($p<0,001$) nos questionários “Body Areas Satisfaction Scale” e “Body Exposure and Sexual Relations”. Estes achados indicaram melhora significativa da imagem corporal, incluindo mudanças positivas sobre aparência, insatisfação com a imagem corporal e exposição corporal.

Favre e Egloff ⁸⁵ avaliaram grau de satisfação em 122 pacientes que, após tratamento da obesidade mórbida, foram submetidos a algum tipo de cirurgia plástica entre 2000 e 2005. Os resultados obtidos mostraram que o grau de satisfação foi bom e houve impacto favorável na qualidade de vida daqueles pacientes.

Menderes et al. ⁸⁶ realizaram avaliação da satisfação através de questionários enviados a 121 pacientes submetidas a mamoplastias redutoras entre 1991 e 2001. Estes questionários avaliaram, através da atribuição de notas, aspectos físicos, sintomas psicossociais e satisfação com os resultados cirúrgicos. Os achados mostraram alta taxa de satisfação das pacientes.

Veiga et al. ⁸⁷, em 2004, avaliaram 25 pacientes que foram submetidas a reconstrução de mama após mastectomia, nos períodos pós-operatórios de três, seis e 12 meses, tendo grupo controle composto por 20 pacientes mastectomizadas que não realizaram reconstrução mamária. Aplicaram instrumento validado “SF-36 Health Survey Questionnaire”, que mostrou melhora da qualidade de vida relacionada à saúde. Aplicaram também a subescala de satisfação geral modificada de Alderman, que demonstrou alto grau de satisfação das pacientes com os resultados obtidos.

Broughton et al. ⁸⁸ avaliaram, através de questionários pós-operatórios, 209 pacientes submetidos à lipoaspiração entre 1999 e 2003. Este estudo mostrou que 80% dos pacientes ficaram satisfeitos com os resultados obtidos e 53% dos pacientes relataram aparência física “excelente” ou “muito boa”.

Prado et al.⁸⁹ realizaram estudo, randomizado e prospectivo, com 25 pacientes que foram submetidas à lipoplastia laser-assistida e lipoaspiração, sendo que ambas as técnicas foram aplicadas na mesma paciente, nas mesmas áreas topográficas ipsi e contralateral. A avaliação dos resultados cirúrgicos foi feita através da análise fotográfica por três indivíduos, sendo dois cirurgiões plásticos e uma paciente. Não houve diferença significativa entre as técnicas.

Ramon et al.⁹⁰ realizaram estudo entre dois grupos de pacientes submetidas a mamoplastia redutora por técnicas distintas, compreendendo 24 pacientes no primeiro grupo e 27 pacientes no segundo grupo. A avaliação qualitativa dos resultados estéticos foi feita pela própria paciente, pelo cirurgião e por um observador. Os resultados foram considerados “bom” ou “excelente” em ambos os grupos. Quando as avaliações realizadas pelas pacientes foram comparadas àquelas realizadas pelo cirurgião e observador, não houve diferença significativa entre paciente e observador. Em um dos grupos estudados, a avaliação do cirurgião foi significativamente maior que a da paciente. Concluíram que a avaliação feita pela própria paciente foi confiável quanto aos resultados cirúrgicos, sendo frequentemente, idêntica à avaliação do observador.

Ozgür et al.⁹¹ afirmaram que a psicologia deveria ser parte integrante da cirurgia plástica, pois muitos pacientes apresentavam consequente alívio aos problemas psicológicos e sociais após procedimentos cirúrgicos. Realizaram estudo prospectivo com 300 indivíduos, divididos em três grupos; sendo que 100 pacientes foram submetidos à cirurgia estética,

100 pacientes foram submetidos à cirurgia plástica reparadora e 100 indivíduos não realizaram cirurgias (grupo controle). Foram aplicadas as seguintes escalas a todos os pacientes: “Social-Demographic Questionnaire” (SDQ), “Life-Satisfaction Index” (LSI), “Self-Esteem Inventory” (SEI) e “Body-Image Inventory” (BII). Não houve diferença significativa entre os três grupos para BII e LSI. O SEI mostrou diferença significativa entre os grupos cirúrgicos a favor dos pacientes que foram submetidos a cirurgias estéticas. Concluíram que os pacientes que procuraram por cirurgias estéticas não deveriam ser considerados psicologicamente instáveis; e aqueles que foram submetidos a cirurgias reparadoras para refinamentos estéticos deveriam ser avaliados e tratados exatamente como candidatos a cirurgias estéticas.

Em 2006, Cárdenas-Camarena e Ramírez-Macias⁹² avaliaram 384 pacientes que foram submetidas à mastopexia com inclusão de implantes mamários em tempo único. Três técnicas foram utilizadas: cutânea (n=30), periareolar (n=196) e em “T invertido” (n=158). O grau de satisfação geral para cada técnica foi 89%, 82% e 92%, respectivamente.

Em 2008, Cintra et al.⁹³ avaliaram as alterações na qualidade de vida de 16 pacientes do sexo feminino que foram submetidas à abdominoplastia circunferencial. Para isso, aplicaram entrevistas psicológicas semidirigidas e coletaram informações que, posteriormente, foram divididas em categorias. Através de notas atribuídas a cada resposta e aplicando-se a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO⁹⁴, foi possível avaliar, quantitativamente, quatro setores de funcionamento: afetivo-relacional,

produtividade, social e orgânico. Concluíram que houve melhora da qualidade de vida para 81,25% das pacientes operadas.

Dentre os vários métodos utilizados para avaliação da satisfação dos pacientes após determinado tratamento, optou-se, no presente estudo, pela aplicação de entrevistas psicológicas semidirigidas em período pré e pós-operatório.

Segundo Bleger ⁹, a entrevista psicológica é um instrumento fundamental na metodologia clínica e consiste numa técnica de investigação científica em psicologia. Ela é considerada “aberta”, quando o entrevistador tem ampla liberdade para perguntas ou para suas intervenções; e “fechada” ou “semidirigida”, quando as perguntas são pré-estabelecidas, assim como a ordem e maneira de formulá-las e o entrevistador não pode alterar nenhuma destas disposições.

Trata-se de uma relação, com características particulares, entre duas ou mais pessoas; portanto, há maior flexibilidade para obtenção de informações, que são oferecidas de acordo com as referências dos entrevistados e suas palavras. O entrevistador pode observar não somente o que diz o entrevistado, mas também como o diz. Na entrevista, a descrição verbal da pessoa para obtenção de informações a partir do estímulo oferecido, ou seja, das questões, tem um peso importante, destacando-se o que a pessoa pode ou está disposta a relatar. ⁹

4 MÉTODOS

4.1 Seleção de pacientes

Selecionou-se para o presente estudo prospectivo, 20 pacientes do sexo feminino, que apresentaram grande perda ponderal após tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, inscritas no Ambulatório de Cirurgia Plástica da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Todas as pacientes apresentaram maciça perda ponderal após cirurgia bariátrica disabsortiva-restritiva pela técnica de Capella-Fobi²³⁻²⁵ e não tinham realizado qualquer tipo de cirurgia plástica anteriormente.

Todas as pacientes foram previamente avaliadas através de história clínica minuciosa, exame físico, exames laboratoriais e radiológicos; além de avaliações cardiológicas e anestesiológicas, quando se fez necessário. Os exames laboratoriais pré-operatórios solicitados constaram de hemograma completo, coagulograma completo, sódio e potássio sérico, uréia e creatinina sérica, glicemia em jejum, albumina sérica, ferro e ferritina. Os exames radiológicos pré-operatórios constaram de mamografia e ultrassonografia das mamas. Não houve restrições clínicas, radiológicas ou laboratoriais para as pacientes que foram submetidas ao procedimento cirúrgico.

Os critérios de inclusão das pacientes para o presente estudo foram:

1. idade entre 18 e 65 anos;
2. emagrecimento através de cirurgia disabsortiva-restritiva pela técnica de Capella-Fobi;
3. não ter sido submetida à qualquer tipo de cirurgia plástica anteriormente;
4. não apresentar volume suficiente de parênquima mamário, o que justifica a inclusão de implantes mamários;
5. apresentar peso corporal estável por período mínimo de 12 meses.

Os critérios de exclusão constaram de:

1. recusa da paciente em participar do estudo;
2. emagrecimento através de tratamento clínico;
3. emagrecimento através de outra técnica cirúrgica que não a de Capella-Fobi;
4. alterações clínicas, radiológicas ou laboratoriais que impossibilitassem a cirurgia;
5. instabilidade psicológica ou expectativa inadequada quanto ao resultado cirúrgico.

O projeto de pesquisa foi apresentado à CAPPesq – Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo sido aprovado, sem restrições.

A idade das pacientes variou entre 21 e 63 anos, na data da cirurgia, com média etária de 39,9 anos. A altura média das pacientes foi 1,63 m, variando entre 1,56 e 1,70 m. O peso corporal médio antes da gastroplastia foi de 116,5 kg, variando entre 100 e 135 kg; e o peso corporal médio antes da cirurgia plástica foi de 68 kg, variando entre 57,5 kg e 78 kg.

Sete pacientes (35%) eram solteiras e nove pacientes (45%) eram casadas ou tinham companheiro fixo. Doze pacientes (60%) foram encaminhadas por outros médicos e oito, por familiares ou conhecidos. Dezoito pacientes (90%) completaram o ensino médio, sendo que duas (10%) tinham ensino superior completo.

As cirurgias bariátricas foram realizadas entre 19 e 96 meses antes da cirurgia plástica, sendo a média de 45 meses ou três anos e nove meses.

As mastopexias com inclusão de implantes mamários foram realizadas como procedimento único, não sendo associadas à outras cirurgias. As cirurgias foram realizadas pela mesma equipe cirúrgica, na mesma instituição, entre setembro de 2008 e de abril de 2009, totalizando um período de sete meses.

Foram coletados dados pré-operatórios como idade, altura, peso corporal e índice de massa corpórea (IMC), antes da cirurgia bariátrica e antes da cirurgia plástica (Tabela 1). Outros dados como nome, número de registro no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, data da cirurgia plástica e data da entrevista psicológica pré e pós-operatórias também foram coletados (Anexo A).

Tabela 1. Dados referentes às pacientes analisadas. Período pré-operatório

Pacientes	Idade (anos)	Altura (m)	Peso pré gastroplastia (Kg)	IMC pré gastroplastia (Kg/m²)	Peso pré cirurgia plástica (Kg)	IMC pré cirurgia Plástica (Kg/m²)
1	21	1,78	127	40,0	74	23,3
2	32	1,60	105	41,0	60	23,4
3	43	1,60	109	42,5	64	25,0
4	32	1,70	117	40,4	70	24,2
5	51	1,63	120	45,1	57,5	21,6
6	39	1,56	100	41,0	58	23,8
7	43	1,65	107	39,3	72	26,4
8	44	1,66	132	47,9	73	26,4
9	36	1,64	132	49,0	78	29,0
10	37	1,57	108	43,8	68,5	27,7
11	38	1,66	135	48,9	74	26,8
12	63	1,62	122	46,4	72	27,4
13	28	1,70	123	42,5	73	25,2
14	34	1,69	125	43,7	70	24,5
15	29	1,58	103	41,2	58	23,2
16	47	1,60	128	50,0	78	30,4
17	34	1,61	101	38,9	62	23,9
18	46	1,60	115	44,9	67	26,1
19	51	1,59	120	47,4	65	25,7
20	50	1,60	101	39,4	66	25,7

Foram também coletados dados no período trans-operatório, como: tempo cirúrgico, volume e perfil dos implantes utilizados na cirurgia, tempo de internação hospitalar e antibioticoterapia utilizada. As pacientes foram acompanhadas durante a internação pela equipe médica e pela psicóloga, até a alta hospitalar.

No período pós-operatório, as pacientes foram acompanhadas periodicamente para troca de curativos, retirada dos pontos cirúrgicos e orientações gerais, até a alta definitiva do ambulatório de cirurgia plástica, que ocorreu, aproximadamente, doze meses após o ato cirúrgico.

4.2 Técnica cirúrgica

Para escolha do tipo e volume dos implantes a serem utilizados, foram levadas em consideração a altura da paciente, largura torácica, distância entre as mamas e entre as aréolas. As dimensões das mamas, como base e altura, interferiram diretamente na escolha do tamanho e volume dos implantes. A medida máxima da base do implante a ser utilizado deveria corresponder à medida da base ou altura da mama, a que fosse maior, subtraindo-se 4 cm.

Foram utilizados implantes mamários com superfície texturizada, formato redondo e perfil alto (projeção completa) para todas as pacientes.

Nas pacientes de estatura alta, foram utilizados implantes com maior volume. Em contrapartida, nas pacientes de menor estatura, com exceções, foram utilizados implantes com menor volume.

Com a paciente em posição ortostática, realizaram-se as primeiras demarcações: ponto A na fúrcula; dois pontos sobre as clavículas direita e esquerda, equidistantes 6 a 7 cm do ponto A, denominados de pontos B e C. Demarcou-se, a seguir, três linhas retas; uma central, partindo da fúrcula até a cicatriz umbilical; uma linha partindo do ponto claviclar direito até a papila mamária direita (linha clavícula-mamária direita); e outra linha unindo o ponto claviclar esquerdo e a papila mamária esquerda (linha clavícula-mamária esquerda). Algumas vezes, com o intuito de simetrizar as posições mamárias, as linhas clavícula-mamárias não passaram exatamente pelas papilas, porém foram simétricas entre si. Com distância entre a fúrcula e a linha claviclar variando entre 17,5 e 20 cm, demarcaram-se dois pontos sobre as linhas clavícula-mamárias direita (ponto D) e esquerda (ponto E), simétricos entre si, conferindo-se o posicionamento com auxílio da técnica de pinçamento cutâneo das mamas. Os pontos D e E deveriam coincidir com a extremidade superior do complexoaréolo-papilar em sua nova posição (Figura 1).

Com a paciente em decúbito dorsal horizontal e apoiada sobre os braços, com cotovelos dobrados, demarcou-se o sulco inframamário bilateralmente e os pontos correspondentes à projeção dos pontos D e E sobre o sulco inframamário à direita e à esquerda, denominados de pontos F e G, respectivamente (Figura 2).

Figura 1. Demarcação pré-operatória. Ponto A: fúrcula. Ponto B: clavícula direita. Ponto C: clavícula esquerda. Ponto D: coincidente com extremidade superior da nova posição areolar à direita. Ponto E: extremidade superior da nova posição areolar à esquerda

Figura 2. Demarcação pré-operatória, mama direita. Ponto F, correspondente à projeção da extremidade inferior da área a ser desepidermizada, em forma de “gota invertida”, sobre o sulco inframamário direito

Demarcou-se a área a ser desepidermizada na mama direita, em forma de “gota invertida”, com a extremidade superior tangenciando o ponto D, contornando a aréola e tendo seu vértice inferior localizado 2 cm acima do sulco inframamário, alinhado verticalmente ao ponto F. Desenho semelhante foi realizado na mama contralateral, tendo como parâmetros os pontos E e G (Figura 3).

Figura 3. Demarcação pré-operatória. Área hachurada corresponde à área de desepidermização cutânea, na mama esquerda

Posicionou-se novamente a paciente em posição ortostática, demarcou-se a área correspondente à loja a ser dissecada para inclusão dos implantes mamários, considerando-se que o diâmetro da loja deveria ser, aproximadamente, 4 cm maior que o diâmetro da base do implante previamente determinado (Figura 4).

Figura 4. Demarcação pré-operatória da área correspondente à loja a ser dissecada para a inclusão dos implantes mamários

Após as demarcações prévias, a paciente foi posicionada em decúbito dorsal horizontal com os membros superiores abduzidos em 90 graus com relação ao eixo longitudinal do tronco, para o início do procedimento cirúrgico.

Todas as pacientes foram operadas sob anestesia geral. A antisepsia foi realizada com solução alcoólica de clorexidina a 0,5%, previamente à colocação dos campos cirúrgicos estéreis.

Infiltrou-se toda região supra-aponeurótica da base mamária e tecido celular subcutâneo dos pilares lateral e medial da mama, entre o sulco

inframamário e o nível das papilas mamárias, com volume aproximado de 60 ml, em cada mama, de solução composta por 200 ml de solução fisiológica, 20 ml de lidocaína a 2% sem vasoconstrictor e uma ampola de solução de adrenalina a 1/1000.

Após escolha do diâmetro do areolótomo a ser utilizado, realizou-se incisão periareolar de espessura epidérmica total, demarcada previamente com areolótomo de mesmo diâmetro para ambas as mamas. Incisou-se, também com espessura epidérmica total, área previamente demarcada em forma de “gota invertida”, desepidermizando-se esta área. Incisou-se a derme desta demarcação em “gota invertida”, desde o seu vértice inferior até o nível das papilas mamárias. Procedeu-se a hemostasia rigorosa com eletrocautério. Realizou-se o descolamento subcutâneo, com espessura do retalho de aproximadamente 5 mm, no sentido inferior até a fáscia do músculo peitoral maior, dos pilares lateral, medial e inferior da mama, e descolamento supra-aponeurótico peitoral, no sentido cranial, até dissecção da loja previamente demarcada para inclusão dos implantes.

Introduziram-se moldes de implantes, de diferentes volumes, na loja dissecada, para determinação dos implantes que seriam utilizados. Após revisão da hemostasia e lavagem exaustiva da loja com solução composta por 500 ml de solução fisiológica a 0,9% e 80 mg de garamicina, introduziram-se os implantes.

O implante foi coberto completamente com o parênquima mamário, suturando-se com quatro pontos simples de fio absorvível de poliglecaprone número 3-0*, unindo a margem inferior do tecido glandular descolado à

fáscia supra-aponeurótica, 2 cm acima da projeção das margens do implante (Figura 5). Realizada a pexia da mama através de sutura com pontos simples invertidos de fio absorvível de poliglecaprone número 3-0*, unindo-se a porção lateral e medial do parênquima, da região infra-areolar, na linha média da mama.

Figura 5. Esquema demonstrando a fixação da margem inferior do parênquima mamário à fáscia do músculo peitoral maior, aproximadamente 2 cm acima da margem inferior do implante mamário

* Monocryl 3-0, Ethicon, Johnson & Johnson.

Após obtenção de forma e simetria satisfatórias, ressecaram-se os excessos cutâneos, vertical e horizontal, criando cicatriz final em forma de “T invertido”. Realizou-se a síntese das incisões com sutura subdérmica de pontos simples invertidos com fio absorvível de poliglecaprone número 4-0^{**} e sutura intradérmica contínua com fio sintético inabsorvível de náilon monofilamentado número 4-0^{***}.

Demarcou-se a nova posição das aréolas, simétricas entre si e posicionadas no ápice do cone mamário. Ressecaram-se os excessos cutâneos e exteriorizaram-se os complexos aréolo-papilares, posicionando-os com quatro pontos cardinais utilizando fio sintético inabsorvível de náilon monofilamentado número 5-0^{****}. Completou-se a síntese com sutura intradérmica contínua com fio absorvível de poliglecaprone número 5-0^{*****}.

Após finalização da cirurgia, realizou-se a modelagem externa das mamas com fitas cirúrgicas adesivas microporosas^{*****} e vestiu-se o sutiã, antes do despertar da paciente.

** Monocryl 4-0, Ethicon, Johnson & Johnson.
*** Mononylon 4-0, Ethicon, Johnson & Johnson.
**** Mononylon 5-0, Ethicon, Johnson & Johnson.
***** Monocryl 5-0, Ethicon, Johnson & Johnson.
***** Micropore, 3M.

4.3 Avaliação da satisfação

Um roteiro de entrevistas semidirigidas pré e pós-operatórias foi elaborado por psicóloga da Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em conjunto com o autor do trabalho.

As entrevistas semidirigidas pré-operatórias das vinte pacientes foram realizadas entre março de 2008 e março de 2009, sempre pela mesma psicóloga, em ambiente adequado, com a presença apenas da psicóloga e da paciente, para manutenção do sigilo exigido pela entrevista. O cirurgião que praticou o ato operatório participou, logo após cada entrevista psicológica, da compilação das informações adquiridas.

As pacientes foram informadas a respeito da pesquisa que seria realizada na instituição e convidadas a participarem através de contato telefônico ou pessoalmente no Ambulatório de Cirurgia Plástica da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. No ato da entrevista, foi-lhes novamente explicado o assunto da pesquisa e tipo de questionário que lhes seria aplicado. O termo de consentimento pós-informação foi dado como ciente e assinado por todas as participantes da pesquisa (Anexo B).

A entrevista psicológica pré-operatória consistiu de 28 questões (Anexo C). As questões relevantes para a pesquisa em questão foram as de número 5 a 27.

Após período de seis meses da alta hospitalar, as pacientes foram novamente convocadas a retornar ao serviço para realização da documentação fotográfica e entrevistas psicológicas semidirigidas⁹ pós-operatórias, que foram realizadas entre abril e setembro de 2009.

A entrevista psicológica pós-operatória consistiu de 16 questões (Anexo D). Todas as questões foram relevantes para a pesquisa em questão.

Após todas as entrevistas realizadas, as respostas abertas e as verbalizações espontâneas registradas foram agrupadas, por similaridade, em categorias, levantadas à partir da análise qualitativa dos dados. Foram comparadas as respostas obtidas nos períodos pré e pós-operatórios.

4.4 Avaliação dos resultados cirúrgicos

Os resultados cirúrgicos obtidos, baseados na documentação fotográfica do período pré-tratamento e pós-tratamento cirúrgico, foram submetidos à avaliação crítica e qualitativa.

Questionário padronizado, formulado pelo autor, foi enviado a três cirurgiões plásticos com experiência no tratamento cirúrgico de deformidades da mama após perda ponderal maciça, que desconheciam os casos clínicos que seriam avaliados (Anexo E). O presente questionário foi acompanhado das imagens fotográficas pré e pós-operatórias em cinco posições: frontal, oblíqua direita, oblíqua esquerda, perfil direito e perfil esquerdo.

Os avaliadores atribuíram notas zero, um ou dois, para cada item seguinte: forma, volume, simetria, posicionamento dos complexos aréolo-papilares e qualidade e extensão das cicatrizes. Um quadro foi elaborado para orientação e consulta dos avaliadores (Quadro 1). A nota zero correspondeu a resultado ruim; nota um, a regular; e nota dois, a resultado bom.¹⁰

Quadro 1. Definições das notas atribuídas para cada item do resultado cirúrgico avaliado

Notas Item	Nota 0 (resultado ruim)	Nota 1 (resultado regular)	Nota 2 (resultado bom)
Forma da mama	Inadequada	Regular	Adequada
Volume da mama	Inadequado e Desarmônico	Adequado e desarmônico Inadequado e harmônico	Adequado e harmônico
Simetria entre as mamas	Muito diferentes	Pouco diferentes	Iguais ou muito semelhantes
Posicionamento dos complexos aréolo-papilares	Longe do ápice do cone mamário	Próximo ao ápice do cone mamário	Exatamente no ápice do cone mamário
Qualidade e extensão das cicatrizes	Alargadas, hipertróficas ou muito extensas	Pouco alargadas e bem posicionadas.	Delgadas, claras e bem posicionadas

A somatória das notas dos cinco itens avaliados variou entre zero e dez. Quando a somatória ficou entre zero e quatro, o resultado foi considerado pobre; cinco ou seis, resultado regular ou aceitável. A somatória das notas entre sete e nove, foi considerada como bom resultado, sendo que a nota dez foi considerada como resultado ótimo.¹⁰

4.5 Análise estatística

A análise estatística de todas as informações coletadas nesta pesquisa foi inicialmente feita de forma descritiva. Para as variáveis de natureza quantitativa (numérica) foram calculadas algumas medidas-resumo, como média, mediana, valor mínimo, valor máximo, desvio-padrão, e foram confeccionados gráficos de perfis individuais. As variáveis de natureza qualitativa (categorizada) foram analisadas através do cálculo de frequência absoluta e relativa (porcentagem), além da construção de gráficos de barras.

As análises inferenciais empregadas com o intuito de confirmar ou refutar evidências encontradas na análise descritiva foram:

1. Estimação do **coeficiente de concordância Kappa** ⁹⁵ para quantificar a concordância entre:
 - os cirurgiões 1 e 2, quanto a forma, volume, simetria entre as mamas, posição dos complexos aréolo-papilares, qualidade e extensão das cicatrizes, e nota final (pobre, regular, bom, ótimo);
 - os cirurgiões 1 e 3, quanto a forma, volume, simetria entre as mamas, posição dos complexos aréolo-papilares, qualidade e extensão das cicatrizes, e nota final (pobre, regular, bom, ótimo);
 - os cirurgiões 2 e 3, quanto a forma, volume, simetria entre as mamas, posição dos complexos aréolo-papilares, qualidade e extensão das cicatrizes, e nota final (pobre, regular, bom, ótimo).

2. Estimação do **coeficiente de concordância Kappa generalizado**

⁹⁵ para quantificar a concordância entre os cirurgiões 1, 2 e 3 quanto a forma, volume, simetria entre as mamas, posição dos complexos aréolo-papilares, qualidade e extensão das cicatrizes, e nota final (pobre, regular, bom, ótimo);

3. Estimação do **coeficiente de correlação intraclasse** ⁹⁵ para medir a reprodutibilidade da nota final entre os cirurgiões 1, 2 e 3;

4. **Teste de McNemar** ⁹⁶ para avaliar a satisfação referida pelas pacientes, quanto ao corpo, antes e após a cirurgia.

Em todas as conclusões obtidas através das análises inferenciais foi utilizado o nível de significância α igual a 5%.

Os dados foram digitados em planilhas do Excel 2007 for Windows para o adequado armazenamento das informações. As análises estatísticas foram realizadas com o software “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0 for Windows”.

5 RESULTADOS

5.1 Avaliação da satisfação

A entrevista psicológica aplicada no período pré-operatório consistiu de 28 questões. As questões números 1, 2 e 3 avaliaram aspectos gerais e a questão número 28 abriu espaço para comentários das pacientes.

As respostas obtidas para cada questão foram divididas, sempre que possível, em categorias, para facilitar a compilação dos dados.

Dezoito pacientes (90%) mostravam-se satisfeitas com suas ocupações atuais e duas, não (questão 4). Das pacientes satisfeitas, dez pacientes gostavam da atividade que exerciam, uma estava afastada e desejava retorno às atividades, e sete não relataram motivos para estarem satisfeitas. Duas pacientes mostravam-se insatisfeitas, uma sentia-se acomodada e a outra referiu impedimento econômico para exercer atividade.

Dezenove pacientes (95%) acreditavam que as mamas não interferiam na vida profissional (questão 5), e não relataram os motivos. Uma paciente acreditava que as mamas interferiam na vida profissional, pois influía negativamente em sua apresentação pessoal.

Sete pacientes (35%) acreditavam que o resultado da cirurgia plástica das mamas influenciaria a vida profissional (questão 6) e os principais motivos seriam a melhora da aparência pessoal, da autoestima e da autoconfiança. Treze pacientes não acreditavam na influência da cirurgia

plástica na vida profissional, e apenas uma justificou que trabalhava com crianças e estas não reparariam.

A vida social (questão 7) foi classificada como boa, para dez pacientes; atribulada, para duas; fraca, para cinco; e inexistente, para três pacientes.

Dezesseis pacientes (80%) estavam satisfeitas com a vida social e quatro, não (questão 8). Das quatro pacientes insatisfeitas, duas justificaram que gostariam de ter maior tempo para diversão.

Treze pacientes (65%) acreditavam que as mamas interferiam na vida social, relatando dificuldade na escolha do vestuário e a apresentação pessoal, como principais motivos. Sete pacientes acreditavam que as mamas não interferiam na vida social (questão 9).

Quinze pacientes (75%) relataram que a cirurgia das mamas influenciaria a vida social, pois se tornariam mais bonitas, vaidosas, aumentariam a autoestima e a satisfação com suas mamas, ou seriam mais admiradas por outras pessoas. Cinco pacientes não acreditavam na influência da cirurgia plástica na vida social, e não justificaram (questão 10).

A vida afetiva (questão 11) foi classificada como boa, para doze pacientes; triste, para duas; péssima, para três; e neutra, para três pacientes.

Quatorze pacientes (70%) estavam satisfeitas com a vida afetiva e seis, não (questão 12). A satisfação com o companheiro e a constatação de ciúmes foram as justificativas para quatro pacientes apresentarem-se satisfeitas, as demais não justificaram.

Quatorze pacientes (70%) acreditavam que as mamas interferiam na vida afetiva, sendo a vergonha, o desinteresse do parceiro e a inibição, os

principais motivos relatados. Seis pacientes não acreditavam na interferência das mamas na vida afetiva (questão 13).

Dezoito pacientes (90%) acreditavam que a cirurgia das mamas influenciaria positivamente a vida afetiva. As principais justificativas foram a melhora do contorno corporal, para cinco pacientes; favorecimento da intimidade com o parceiro, para sete; maior atratividade, para duas; e melhora da apresentação pessoal com vestuário, para duas pacientes (questão 14).

A vida sexual (questão 15) foi classificada como inexistente, para nove pacientes; insatisfatória, para quatro; e ótima, para sete pacientes.

Onze pacientes (55%) mostravam-se satisfeitas com a vida sexual no período pré-operatório e nove, insatisfeitas. Das nove pacientes insatisfeitas, cinco não possuíam companheiro (questão 16).

Dezenove pacientes (95%) acreditavam que as mamas interferiam na vida sexual. Oito pacientes justificaram com a preocupação que tinham com o julgamento do parceiro; seis sentiam-se envergonhadas, preocupadas ou feias; e cinco, citaram a flacidez das mamas como motivo principal (questão 17).

Dezenove pacientes acreditavam que o resultado proporcionado pela cirurgia plástica das mamas influenciaria positivamente na vida sexual. Onze pacientes acreditavam que se tornariam mais seguras e atraentes e cinco, que melhorariam o relacionamento com o parceiro (questão 18).

Treze pacientes gostavam do próprio corpo, quando comparado ao período antes da cirurgia bariátrica; porém desejavam mudanças e

acreditavam que poderiam melhorar com a realização da cirurgia plástica. Sete pacientes não gostavam do próprio corpo e relataram o excesso cutâneo como principal motivo (questão 19).

Dez pacientes mostravam-se satisfeitas com o próprio corpo e dez, não. Porém todas as pacientes referiram o desejo de melhorar com a realização da cirurgia plástica (questão 20).

Quando perguntado sobre o que achavam das mamas, as principais respostas foram: feias, em 14 respostas; flácidas, em 13; e pequenas, em seis respostas (questão 21).

Quinze pacientes (75%) estavam insatisfeitas com suas mamas e cinco (25%), satisfeitas. No entanto, estas cinco pacientes não estavam plenamente satisfeitas e também desejavam a melhora das mesmas (questão 22).

Dezessete pacientes (85%) procuraram outro cirurgião plástico previamente à inclusão delas neste estudo (questão 23).

Mesmo após esclarecimentos na consulta médica pré-operatória, onze pacientes (55%) ainda apresentavam dúvidas sobre a cirurgia a qual seriam submetidas, como restrições durante período pós-operatório, volume dos implantes que seriam utilizados, forma final da mama, possibilidade de amamentação após a cirurgia e alterações da sensibilidade na regiãoaréolo-papilar (questão 24).

Três pacientes (15%) referiram receio ao procedimento cirúrgico, sendo a anestesia, infecção e possibilidade de resultado insatisfatório os motivos de tal receio (questão 25).

Os principais motivos para desejarem a cirurgia das mamas foram a melhora da aparência, para dez pacientes; da autoestima, para sete; no relacionamento sexual, para três; e o tratamento da flacidez, para seis pacientes (questão 26).

Quinze pacientes esperavam que a mastopexia proporcionasse melhora da forma, aparência e volume das mamas; sete pacientes, o aumento da autoconfiança; e cinco, que possibilitasse o uso de determinadas vestimentas que valorizassem a sensualidade (questão 27).

A entrevista psicológica aplicada no período pós-operatório consistiu de 16 questões, sendo que a questão número 16 abriu espaço para comentários das pacientes.

Da mesma forma que foi realizada no período pré-operatório, as respostas obtidas para cada questão, após período mínimo de seis meses da cirurgia, foram divididas, sempre que possível, em categorias, para facilitar a compilação dos dados.

Todas as pacientes (100%) apresentaram período pós-operatório próximo ao que foi caracterizado e esclarecido pelo cirurgião plástico (questão 1).

Todas as pacientes (100%) relataram que os resultados obtidos estiveram próximos de suas expectativas. Uma paciente relatou que as mamas ficaram um pouco maiores do que era desejado e outra paciente relatou o inverso. Porém, ambas confirmaram que os resultados estiveram próximos de suas expectativas (questão 2).

Quando perguntado sobre o que mais gostaram no resultado cirúrgico (questão 3), a eliminação da flacidez cutânea predominou, com dez citações; seguido da melhora estética, com cinco; aumento da autoestima, com cinco; e influência positiva na escolha das roupas, com quatro citações.

Quando perguntado sobre o que menos gostaram no resultado cirúrgico (questão 4), a cicatriz resultante predominou, com cinco citações; seguido do tamanho, com quatro; e dor pós-operatória imediata, com duas citações.

Quinze pacientes (75%) relataram alguma mudança positiva em suas vidas (questão 5). Como principais motivos, o aumento da autoestima predominou, com 12 citações; seguido da possibilidade de escolha de roupas que valorizassem a sensualidade, com sete; melhora da aparência, com seis; e aumento da vaidade, com três citações. Cinco pacientes negaram mudanças e não justificaram o motivo.

A cirurgia plástica das mamas afetou positivamente a vida profissional de quatro pacientes (20%), sendo que uma paciente afirmou ter sido promovida profissionalmente em decorrência da melhora de sua aparência pessoal. Dezesseis pacientes negaram mudanças na vida profissional após a cirurgia (questão 6).

A vida social de doze pacientes (60%) foi afetada positivamente após a mastopexia. Cinco pacientes referiram que “chamavam mais a atenção”, quatro pacientes divertiam-se mais, quatro começaram a usar roupas que enfatizavam a sensualidade, quatro tornaram-se mais seguras e duas pacientes melhoraram o humor. Oito pacientes referiram que não houve mudança na vida social após a cirurgia das mamas (questão 7).

Dez pacientes (50%) referiram melhora na vida afetiva. Os principais motivos foram a influência no relacionamento, com seis citações; e aumento da autoestima, com quatro citações. Dez pacientes não tiveram qualquer alteração na vida afetiva após a cirurgia plástica das mamas (questão 8).

A vida sexual de dez pacientes (50%) foi positivamente afetada. Seis pacientes melhoraram seus relacionamentos com os parceiros, quatro referiram aumento da autoestima, e duas pacientes sentiram-se mais seguras para iniciar novos relacionamentos (questão 9).

Quando perguntado sobre o que achavam do próprio corpo, doze pacientes (60%) referiram melhora do contorno corporal após a mastopexia e sete pacientes desejavam realizar outros tipos de cirurgia plástica (questão 10).

Dez pacientes estavam satisfeitas com o próprio corpo; destas, cinco desejavam ser submetidas a outras cirurgias plásticas. Dez pacientes referiram insatisfação com o corpo; destas, oito desejavam outras cirurgias plásticas (questão 11).

Dezenove pacientes (95%) gostaram do resultado obtido com a cirurgia das mamas, sendo que dezoito qualificaram as mamas como “lindas” (questão 12).

Dezenove pacientes (95%) ficaram satisfeitas com as mamas, após a cirurgia. Uma paciente (5%) ficou parcialmente satisfeita, pois as desejava com maior volume (questão 13).

Após a cirurgia, dezessete pacientes (85%) melhoraram os cuidados com o corpo, como hidratação e higiene. Estas se tornaram mais vaidosas e passaram a observar mais o próprio corpo (questão 14).

Todas as pacientes (100%) relataram maior satisfação com o corpo após a realização da mastopexia, referindo melhora da autoestima, mudança no vestuário utilizado, sensação de rejuvenescimento, “olhar-se mais no espelho” (questão 15).

O resumo dos resultados pré e pós-operatórios é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Resumo dos itens avaliados nas entrevistas pré e pós-operatórias

Item avaliado	Pacientes (n=20)	
	Pré-operatório	Pós-operatório
Resultado próximo das expectativas	-	100%
Melhora na vida profissional	-	20%
Melhora da vida social	-	60%
Melhora da vida afetiva	-	50%
Melhora da vida sexual	-	50%
Melhora do contorno corporal	-	60%
Satisfação com o corpo	50%	50%
Melhora nos cuidados com próprio corpo	-	85%
Satisfação com as mamas	25%	95%

A análise estatística, através da aplicação do Teste de McNemar (Tabela 3), mostrou resultados inferenciais que comprovaram porcentagem estatisticamente maior de pacientes satisfeitas após a cirurgia (95,0%) quando comparada ao momento anterior à cirurgia (25,0%) ($p < 0,001$).

Tabela 3. Distribuição das pacientes quanto a satisfação com as mamas antes e após a cirurgia

		Satisfação com as mamas após a cirurgia		TOTAL
		satisfeita	não satisfeita	
Satisfação com as mamas antes da cirurgia	satisfeita	5	-	5
		25,0%	-	25,0%
	não satisfeita	14	1	15
		70,0%	5,0%	75,0%
TOTAL		19	1	20
		95,0%	5,0%	100,0%

5.2 Avaliação dos resultados cirúrgicos

Todos os implantes mamários utilizados possuíam forma redonda, com perfil alto, superfície texturizada e foram produzidos pela mesma indústria*. Não foram utilizados implantes com volumes diferentes para a mesma paciente.

Os dados referentes às pacientes no período pós-operatório, tais como tempo de cirurgia, volume do implante mamário e intercorrências, são apresentados na Tabela 4.

O volume dos implantes variou entre 200 ml e 280 ml, tendo como média o volume de 236 ml. O implante mamário com volume de 240 ml foi utilizado para oito pacientes; seguido do implante de 200 ml, para seis; 260 ml, para quatro e 280 ml, para duas pacientes.

O tempo cirúrgico variou entre 170 e 300 minutos, com média de 229 minutos, ou seja, três horas e quarenta e nove minutos.

Não foram realizadas reintervenções cirúrgicas, o que configurariam cirurgias complementares antes da avaliação pós-operatória dos resultados.

Foram observadas intercorrências pós-operatórias em duas pacientes.

A paciente de número 6 apresentou, após vinte e oito dias da cirurgia, reação inflamatória na mama direita com hiperemia local e saída de secreção serosa pela incisão cirúrgica. Após avaliação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi internada e submetida a

* Eurosilicone S.A.S., França.

antibioticoterapia endovenosa com vancomicina e piperacilina por vinte e um dias, recebendo alta hospitalar no vigésimo segundo dia de internação, com regressão completa do quadro clínico. As culturas de secreção colhidas na ocasião da internação foram negativas para crescimento bacteriano.

A paciente de número 16 apresentou assimetria das mamas quando abduzia os braços. Durante inspeção estática, com a paciente em posição ortostática e braços posicionados ao longo do corpo, não se observava tal assimetria entre as mamas; porém, com abdução dos braços, o implante da mama esquerda posicionava-se em posição mais cranial em relação ao contralateral. Sete meses após a mastopexia e um mês após realização da entrevista psicológica pós-operatória, a paciente foi submetida à reintervenção cirúrgica, diminuindo-se a loja retroglandular e reposicionando-se o implante. Com isso, tratou-se efetivamente a assimetria dinâmica entre as mamas.

Tabela 4. Dados referentes às pacientes analisadas. Período pós-operatório

Pacientes	Idade (anos)	Altura (m)	Tempo de cirurgia (min)	Volume do implante mamário (ml)	Intercorrências
1	21	1,78	210	280	-
2	32	1,60	180	240	-
3	43	1,60	185	260	-
4	32	1,70	255	260	-
5	51	1,63	195	200	-
6	39	1,56	240	240	reação inflamatória inespecífica unilateral
7	43	1,65	300	280	-
8	44	1,66	240	200	-
9	36	1,64	280	260	-
10	37	1,57	220	200	-
11	38	1,66	220	240	-
12	63	1,62	300	240	-
13	28	1,70	210	240	-
14	34	1,69	180	260	-
15	29	1,58	170	200	-
16	47	1,60	240	240	assimetria dinâmica
17	34	1,61	240	240	-
18	46	1,60	270	240	-
19	51	1,59	210	200	-
20	50	1,60	240	200	-

A análise da documentação fotográfica pré-tratamento cirúrgico (Figuras 6A-E) e pós-tratamento cirúrgico (Figura 6F-J), foi realizada por três cirurgiões plásticos com experiência em cirurgia do contorno corporal. Foram atribuídas notas zero, um ou dois, avaliando forma, volume, simetria, posicionamento dos complexos aréolo-papilares e qualidade e extensão das cicatrizes, em todos os casos, fornecendo os resultados pertinentes (Anexos F, G e H).

Figura 6. Mastopexia com inclusão de implantes mamários (volume 200 ml). Pré-operatório: A. Vista anterior, B. Oblíqua direita, C. Perfil direito, D. Oblíqua esquerda, E. Perfil esquerdo. Pós-operatório: F. Vista anterior, G. Oblíqua direita, H. Perfil direito, I. Oblíqua esquerda, J. Perfil esquerdo

A somatória das notas dadas pelo primeiro cirurgião avaliador (cirurgião 1) variou entre quatro e 10, obtendo-se média de 7,5. Uma paciente recebeu nota quatro, considerado como resultado pobre; quatro receberam notas cinco ou seis, considerado resultado regular ou aceitável; doze receberam notas entre sete e nove, considerado como resultado bom; e três pacientes receberam nota 10, resultado ótimo.

A somatória das notas dadas pelo segundo cirurgião avaliador (cirurgião 2) variou entre quatro e 10, com média de 7,75. Uma paciente recebeu nota quatro, considerado como resultado pobre; cinco receberam notas cinco ou seis, considerado resultado regular; nove receberam notas entre sete e nove, resultado bom; e cinco pacientes receberam nota 10, considerado resultado ótimo.

A somatória das notas dadas pelo terceiro cirurgião avaliador (cirurgião 3) variou entre três e 10, obtendo-se média de 6,6. Duas pacientes receberam nota três e uma, nota quatro; isto significou que três pacientes apresentavam resultado pobre, para este avaliador. Sete pacientes receberam notas cinco ou seis, considerado resultado regular; nove receberam notas entre sete e nove, resultado bom; e uma paciente recebeu nota 10, considerado resultado ótimo.

A média das somatórias das notas dadas pelos três cirurgiões, referentes a cada paciente, variou entre 4,7 e 10, sendo que a média geral das somatórias das notas atribuídas pelos três cirurgiões avaliadores foi de 7,28 (Tabelas 5 e 6).

Tabela 5. Somatória das notas dadas por cada avaliador, média por paciente, média por avaliador e média geral das somatórias

Paciente	Cirurgião 1	Cirurgião 2	Cirurgião 3	Média por paciente
1	10	9	7	8,7
2	10	10	6	8,7
3	7	7	4	6
4	6	6	5	5,7
5	7	10	8	8,3
6	7	7	6	6,7
7	5	9	7	7
8	8	8	8	8
9	8	4	3	5
10	9	9	9	9
11	8	9	5	7,3
12	4	7	3	4,7
13	10	10	10	10
14	7	7	6	6,7
15	7	6	7	6,7
16	7	6	6	6,3
17	6	6	8	6,7
18	9	10	9	9,3
19	9	10	9	9,3
20	6	5	6	5,6
MÉDIA	7,5	7,75	6,6	7,28

Tabela 6. Porcentagem de pacientes e seus resultados

Resultado	Cirurgião 1 N (% pacientes)	Cirurgião 2 N (% pacientes)	Cirurgião 3 N (% pacientes)	MÉDIA
Pobre	1 (5%)	1 (5%)	3 (15%)	1,7 (8,4%)
Regular	4 (20%)	5 (25%)	7 (35%)	5,3 (26,6%)
Bom	12 (60%)	9 (40%)	9 (45%)	10,0 (50%)
Ótimo	3 (15%)	5 (25%)	1 (5%)	3,0 (15%)

Os comportamentos das opiniões dos três cirurgiões, dois a dois, quanto à forma, volume, simetria entre as mamas, posição do complexo aréolo-papilar e cicatrizes estão descritos na Tabelas 7 a 21 (Anexos I-M).

Os cirurgiões 1 e 2 apresentaram moderada concordância quanto à forma e posição dos complexos aréolo-papilares (Anexo I, Tabela 7 e Anexo L, Tabela 16), e fraca concordância quanto à simetria (Anexo K, Tabela 13). Os cirurgiões 1 e 3 mostraram concordância fraca quanto à forma e volume (Anexo I, Tabela 8 e Anexo J, Tabela 11). Este comportamento também foi observado entre os cirurgiões 2 e 3, onde se observou a fraca concordância quanto à forma e volume (Anexo I, Tabela 9 e Anexo J, Tabela 12).⁹⁷ A Tabela 22 e o Gráfico 1 trazem, respectivamente, os coeficientes de concordância Kappa e as concordâncias observadas entre os cirurgiões.

Tabela 22. Concordância observada e estimativas dos coeficientes de concordância Kappa e seus respectivos intervalos com 95% de confiança, entre os pares de cirurgiões

	Cirurgiões 1 e 2		Cirurgiões 1 e 3		Cirurgiões 2 e 3	
	Concordância Observada ^a	Kappa ^b	Concordância Observada ^a	Kappa ^b	Concordância Observada ^a	Kappa ^b
Forma	75,0%	52,4% p=0,003 [19,7%;85,1%] ^d	60,0%	38,9% p=0,006 [9,1%;68,7%] ^d	55,0%	33,1% p=0,012 [4,7%;61,5%] ^d
Volume	45,0%	1,3% p=0,937 [0,0%;32,9%] ^d	60,0%	32,2% p=0,066 [0,0%;68,5%] ^d	55,0%	22,1% p=0,169 [0,0%;47,8%] ^d
Simetria	60,0%	20,8% p=0,343 [0,0%;62,7%] ^d	50,0%	0,0% ^e p=0,964 [0,0%;43,9%] ^d	30,0%	0,0% ^e p=0,078 [0,0%;40,2%] ^d
Posição	70,0%	34,8% p=0,111 [0,0%;76,4%] ^d	70,0%	c	60,0%	c
Cicatriz	65,0%	c	70,0%	c	55,0%	19,6% p=0,290 [0,0%;55,9%] ^d

^a porcentagem de concordância observada entre os cirurgiões

^b coeficiente de concordância Kappa

^c não pode ser estimado o coeficiente de concordância Kappa

^d o limite inferior do intervalo de confiança foi truncado no zero

^e coeficiente de concordância Kappa truncado no zero

Gráfico 1. Distribuição das concordâncias observadas (%) entre os pares de cirurgiões

A estimação do coeficiente de concordância Kappa generalizado (concordância para os três cirurgiões conjuntamente) demonstrou fraca concordância entre os três cirurgiões quanto à forma, posição dos complexos aréolo-papilares e cicatrizes. Observou-se também a ausência de concordância entre os cirurgiões quanto ao volume e simetria (Tabela 23).

Tabela 23. Estimativas dos coeficientes de concordância Kappa generalizado e seus respectivos intervalos com 95% de confiança, entre os três cirurgiões

	Coeficiente Kappa generalizado	Intervalo para o coeficiente Kappa generalizado
Forma	37,8% (p<0,001)	[18,0% ; 57,6%]
Volume	16,9% (p=0,111)	[0,0% ; 37,7%] ^a
Simetria	0,0% ^b (p=0,599)	[0,0% ; 18,5%] ^a
Posição	33,3% (p=0,007)	[9,2% ; 57,4%]
Cicatriz	32,7% (p=0,004)	[10,5% ; 55,0%]

^a o limite inferior do intervalo de confiança foi truncado no zero

^b coeficiente de concordância Kappa generalizado truncado no zero

A nota final atribuída por cada um dos três cirurgiões para os itens forma, volume, simetria, posição e cicatriz, foi obtida através da soma das notas destes respectivos itens. Em cada um destes itens, o resultado ruim, atribuído por cada um dos cirurgiões, correspondeu ao valor 0 (zero), o resultado regular correspondeu ao valor 1 (um), e por fim, resultado bom correspondeu ao valor 2 (dois).

A Tabela 24 e o Gráfico 2 apresentam medidas-resumo e os comportamentos individuais das notas finais atribuídas às pacientes pelos três cirurgiões.

Tabela 24. Medidas-resumo das notas finais dadas pelos cirurgiões 1, 2 e 3

	Cirurgião 1	Cirurgião 2	Cirurgião 3
N	20	20	20
média	7,5	7,8	6,6
mediana	7,0	7,5	6,5
mínimo	4,0	4,0	3,0
máximo	10,0	10,0	10,0
desvio-padrão	1,7	1,9	2,0

Gráfico 2. Valores individuais das notas finais dadas pelos cirurgiões 1, 2 e 3

O coeficiente de correlação intraclassa estimado entre os três cirurgiões para a nota final, foi de 0,494, com intervalo de confiança de 95% entre 0,227 e 0,731, dado por [0,227;0,731], o que confirmou a moderada reprodutibilidade da nota final entre os cirurgiões.

A nota final também foi avaliada de maneira qualitativa, sendo que notas entre zero e quatro corresponderam a resultado pobre; notas cinco e seis, resultado regular; notas sete a nove, resultado bom; e nota dez correspondeu a ótimo resultado. As Tabelas 25 a 27 apresentam a distribuição destas quatro classes de nota final entre os pares de cirurgiões (Anexo N, Tabelas 25-27).

O estudo da concordância das classes de notas finais entre os pares de cirurgiões, realizada através da estimação dos coeficientes de concordância Kappa, revelaram fraca concordância ⁹⁷ entre todos os pares de cirurgiões (Tabela 28).

Tabela 28. Concordância observada e estimativas dos coeficientes de concordância Kappa e seus respectivos intervalos com 95% de confiança, entre os pares de cirurgiões

	concordância observada	coeficiente Kappa	intervalo para o coeficiente Kappa
cirurgião 1 e 2	55,0%	29,7% (p=0,038)	[0,0% ; 63,2%] ^a
cirurgião 1 e 3	50,0%	22,5% (p=0,101)	[0,0% ; 56,2%] ^a
cirurgião 2 e 3	45,0%	20,3% (p=0,124)	[0,0% ; 52,1%] ^a

^a o limite inferior do intervalo de confiança foi truncado no zero

A concordância observada entre os três cirurgiões foi de 30,0% e o coeficiente de concordância Kappa generalizado foi de 23,0%, com intervalo de 95% de confiança dado por [6,6%;39,4%], confirmando, desta forma, uma fraca concordância entre os cirurgiões quanto à nota final atribuída.

6 DISCUSSÃO

A obesidade é considerada doença de saúde pública e atingiu níveis mundialmente alarmantes, superando a desnutrição. Sua incidência aumentou progressivamente, principalmente em decorrência de fatores nutricionais, culturais e econômicos. Sabe-se que a obesidade está intimamente ligada ao aumento da taxa de mortalidade e morbidade, e piora da qualidade de vida. O combate a este problema é notório, através de campanhas publicitárias, meios de comunicação e na área médica, pois além de influir negativamente na expectativa de vida, aumenta demasiadamente os custos relacionados à saúde.^{1,2}

A obesidade mórbida é considerada o extremo da doença e tem como principal e mais eficaz tratamento, o cirúrgico, através da cirurgia bariátrica. Dentre os tratamentos cirúrgicos para a resolução da obesidade, as cirurgias disabsortivas-restritivas têm-se mostrado eficazes e pouco desconfortáveis aos pacientes.

A grande perda ponderal após a cirurgia bariátrica leva à diminuição ou extinção de doenças associadas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, hipercolesterolemia, artropatias, apnéia obstrutiva do sono, entre outras. Porém, os pacientes deparam-se com o aparecimento de outros problemas decorrentes dos vultosos excessos dermogordurosos distribuídos pelo corpo, tais como o intertrigo, descamações cutâneas, dermatites de contato, dificuldade na realização da higiene pessoal,

descontentamento com o contorno corporal e dificuldade na integração social, que também são responsáveis pela insatisfação com o próprio corpo e piora da qualidade de vida.^{1,2,93}

É fato que os procedimentos realizados pela cirurgia plástica, quando aplicados aos pacientes que tiveram grande perda ponderal, têm finalidade estética. Estes pacientes buscam a melhora do contorno corporal, o que facilitaria a movimentação, o uso de vestimentas mais confortáveis e sua reintegração ao convívio social, além da aproximação do indivíduo ao seu esquema corporal, que o especifica enquanto representante da espécie.

No entanto, o objetivo funcional é, indubitavelmente, o principal. Com a eliminação dos excessos cutâneos, os pacientes apresentam diminuição ou eliminação das dermatites de contato ou intertrigo entre as dobras cutâneas; a higiene pessoal torna-se mais fácil e eficaz; a satisfação com o próprio corpo aumenta, favorecendo melhora nos relacionamentos sexual, social e interpessoal. A postura corporal torna-se mais ereta, a autoestima aumenta, verificando-se também o retorno do prazer em realizar as tarefas diárias, além do estímulo à prática de atividades físicas. Tudo isto compõe aquilo que é denominado de melhora da qualidade de vida do indivíduo.⁹³

Após perda ponderal, os pacientes evoluem com excessos cutâneos ou dermogordurosos em vários segmentos corporais, como face, abdome, membros superiores, membros inferiores e mamas. Novas técnicas surgiram com o intuito de ressecar esses excessos dermogordurosos, melhorar o contorno corporal e diminuir as assimetrias consequentes à perda acentuada de peso.

A ptose mamária que ocorre como consequência da acentuada perda ponderal é caracterizada, pela classificação de Regnault ³², como ptose acentuada grau III. Há excesso cutâneo expressivo associado à pequena quantidade de parênquima mamário, proporcionalmente.

Com o aumento do número de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, as deformidades mamárias tornaram-se mais frequentes e novas classificações foram publicadas. A “The Pittsburgh Rating Scale” classifica as deformidades mamárias em quatro graus, desde mamas não ptóticas e sem projeção do polo superior (grau 0); até mamas assimétricas, com grande excesso cutâneo lateral e medialização dos complexos aréolo-papilares (grau 3), característico das pacientes que apresentaram grande perda ponderal. ⁹⁸

Várias técnicas de mastopexia associada à inclusão de implantes mamários têm sido descritas para melhorar a forma e aumentar o volume das mamas. ⁶²⁻⁶⁴

A mastopexia associada à inclusão de implantes mamários é caracterizada como procedimento cirúrgico de difícil planejamento e com baixa previsibilidade de resultados. ^{61,67,71} Observa-se, na literatura médica, conflito de opiniões entre realizar o procedimento cirúrgico em tempo único ou em tempos distintos, isto é, realizar a mastopexia e, posteriormente, a inclusão dos implantes mamários. ^{6,7}

Aqueles que defendem a realização da mastopexia com inclusão de implantes em tempo único citam, como vantagens, o menor custo médico e hospitalar, internação única e a baixa ocorrência de cirurgias complementares.

Em contrapartida, aqueles que defendem a realização do procedimento em dois tempos distintos citam, como vantagens, a maior previsibilidade de resultados e a possibilidade de associarem, no segundo tempo cirúrgico, cirurgias para refinamento dos resultados.^{6,7}

O Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo comporta vários grupos dirigidos ao tratamento de diferentes deformidades ou patologias. Dentre eles, destacamos o grupo de Cirurgia do Contorno Corporal, que visa tratar as deformidades decorrentes de grandes perdas ponderais após cirurgia bariátrica, onde a mastopexia com inclusão de implantes mamários é um dos procedimentos mais solicitados e indicados. O intenso e duradouro convívio com essas pacientes, antes e após as cirurgias plásticas, já demonstrava que ocorria satisfação com a melhora do contorno corporal; porém, havia a necessidade de sua comprovação através de estudo metodologicamente correto e baseado em evidências.

Com a finalidade de utilizar amostra homogênea, foram selecionadas 20 pacientes que apresentaram perda ponderal consequente a tratamento cirúrgico por técnica única determinada, qual seja, a cirurgia disabsortiva-restritiva pela técnica de Capella-Fobi^{24,25}. As pacientes selecionadas não tinham sido submetidas a qualquer tipo de cirurgia plástica, anteriormente. Com isso, delimitava-se a possibilidade de haver causas multifatoriais, o que poderia dificultar a análise específica dos dados. Todas as pacientes foram submetidas à mastopexia com inclusão de implantes mamários, em procedimento único, realizadas pela mesma

equipe cirúrgica e no mesmo nosocômio; desta forma, a metodologia demonstrou ser a mais correta possível.

As pacientes selecionadas não apresentavam quantidade suficiente de parênquima mamário para que fossem submetidas, apenas, à mastopexia. Elas necessitavam da inclusão de implantes mamários para aumentar o volume das mamas e torná-las mais harmônicas em relação ao corpo.

Todas as pacientes foram submetidas à mastopexia com inclusão de implantes mamários, após período mínimo de 12 meses da estabilização do peso corporal, conceito já pré-estabelecido para que os pacientes obtivessem estabilidade metabólica, bem como, estabilização da retração cutânea em seu grau máximo, através da atividade das fibras colágenas e elásticas.^{4,65}

Os implantes mamários utilizados, compostos por elastômero de silicone, foram de formato redondo, com superfície texturizada, perfil alto e providas do mesmo fabricante, para todas as pacientes.

Por se tratar de pacientes que apresentaram grande perda ponderal, as mamas apresentavam-se ptóticas, com volume parenquimatoso insuficiente e depressão do polo superior. Optou-se, então, pelo uso exclusivo de implantes de formato redondo, pois proporcionam maior volume de preenchimento para o polo superior da mama; enquanto que os implantes de formato anatômico projetam essencialmente o polo inferior.

Para escolha do volume dos implantes a serem utilizados, foram levadas em consideração a altura da paciente, largura torácica, distância entre as mamas e entre as aréolas. Nas pacientes de estatura alta, foram indicados implantes de maior volume, pois estas mamas com maior volume

tornar-se-iam harmônicas em relação ao corpo. Em contrapartida, nas pacientes de menor estatura, com exceções, foram indicados implantes com menor volume, também com a finalidade de tornar o contorno corporal mais harmonioso. Nas pacientes com maior largura torácica e maior distância entre as mamas ou entre as aréolas, foi possível a utilização de implantes de bases maiores, com a finalidade de proporcionar melhor projeção do polo súpero-medial e torná-las mais harmônicas.

As dimensões das mamas, como base e altura, interferiram diretamente na escolha do tamanho e volume dos implantes. A área de dissecação supra-fascial correspondente à loja para inclusão dos implantes deveria estar contida dentro desses limites, base e altura da mama, para que os implantes fossem completamente cobertos pelo parênquima mamário. O diâmetro da loja dissecada foi 4 cm maior que a medida da base do implante, proporcionando resultado estético mais harmônico.⁹⁹

A utilização da demarcação cirúrgica “não rígida” para mastoplastia, descrita por Ferreira et al.⁴⁵ e detalhada na metodologia, proporcionou maior liberdade para o reposicionamento dos complexos aréolo-papilares e das cicatrizes resultantes, além de manter o suprimento sanguíneo provindo do pedículo superior.

A distância entre a fúrcula (ponto A) e a extremidade superior da área em forma de “gota invertida” a ser desepidermizada (pontos D e E) variou entre 17,5 e 20,0 cm, sempre determinada pela técnica de pinçamento cutâneo da mama, sendo que esses pontos corresponderam à extremidade superior da nova posição areolar. Este intervalo de medidas foi menor do

que aquele normalmente utilizado nas técnicas de mastoplastia redutora, que variam entre 20,0 e 22,0 cm.³¹ As alterações histológicas que ocorrem na pele dos pacientes com perda ponderal maciça, caracterizada principalmente pela menor quantidade de elastina na matriz dérmica, que leva à menor capacidade de retração, e menor elasticidade cutânea, talvez sejam responsáveis por tal discrepância.⁶⁵

Por se tratar de técnica com demarcação “não rígida”, a cicatriz final pode restringir-se apenas à cicatriz periareolar ou vertical, quando, ao adicionar-se o volume do implante mamário, o excedente cutâneo for diminuto. Na amostra estudada, composta por 20 pacientes; dezoito apresentaram cicatriz resultante em forma de “T invertido”; uma paciente apresentou cicatriz resultante apenas vertical; e outra, apenas periareolar.

Para avaliação da satisfação das pacientes, utilizou-se de entrevistas psicológicas semidirigidas, aplicadas nos períodos pré e pós-operatórios, possibilitando que as pacientes relatassem fatos relevantes a cada questão, e a intervenção do entrevistador sempre que necessitasse de maiores detalhes a respeito da resposta dada, sem que houvesse período definido de tempo.

O período de seis meses após a cirurgia foi considerado suficiente para a avaliação pós-operatória, pois a estabilização da cicatriz e a báscula da mama já haviam ocorrido. Porém, estudos com períodos maiores de avaliação são necessários, levando-se em consideração as características cutâneas desses pacientes com grande perda ponderal.^{65,101}

Apesar de 19 pacientes (95%) acreditarem que as mamas não interferiam na vida profissional, a mastopexia afetou positivamente a vida

profissional de quatro pacientes (20%), que relataram a melhora na apresentação pessoal como o principal motivo.

Treze pacientes (65%) acreditavam que as mamas interferiam na vida social, e 12 pacientes (60%) foram afetadas positivamente após a mastopexia. Estas pacientes tornaram-se mais seguras, melhoraram o humor, divertiram-se mais e com mais qualidade, e começaram a usar roupas que enfatizavam a sensualidade.

Quatorze pacientes (70%) apresentavam-se satisfeitas com a vida afetiva e seis, insatisfeitas. Algumas pacientes satisfeitas não tinham relacionamento com companheiro, namorado ou marido e, por continuarem sem relacionamentos na época da entrevista pós-operatória, relataram que a cirurgia plástica não proporcionou qualquer influência na vida afetiva. Das pacientes insatisfeitas, três referiram melhora após realização da cirurgia, pois melhoraram a relação afetiva existente ou desfizeram a relação insatisfatória.

A vida sexual de dez pacientes (50%) foi positivamente afetada, melhorando os relacionamentos com seus parceiros atuais, ou mesmo, aumentando a autoestima e proporcionando maior segurança para iniciarem novos relacionamentos.

Dado importante constatado foi a melhora nos cuidados com o próprio corpo, que ocorreu para dezessete pacientes (85%), demonstrando que se tornaram mais vaidosas, passaram a observar mais o próprio corpo e suas alterações, e a preocuparem-se com ele.

Apesar de todas as pacientes relatarem aumento da satisfação com o próprio corpo após a cirurgia plástica das mamas, 50% destas ainda

permaneciam parcialmente satisfeitas, pois acreditavam que necessitariam de outras cirurgias para o tratamento da flacidez de outras áreas corporais, ou sentiam-se ainda inibidas com os parceiros.

A satisfação com as mamas que, no período pré-operatório, estava presente em 25% das pacientes, aumentou após cirurgia. No período pós-operatório, 95% das pacientes demonstraram-se satisfeitas. O aumento de pacientes satisfeitas com as mamas no período pós-operatório foi comprovado pelo teste de McNemar⁹⁶, sendo estatisticamente significativo ($p < 0,001$). A única paciente considerada insatisfeita com o resultado cirúrgico, na realidade, estava parcialmente satisfeita, pois desejava maior volume das mamas que aquele proporcionado pela cirurgia.

Todos os implantes utilizados foram de superfície texturizada, formato redondo, perfil alto e fabricados pela mesma empresa, delimitando-se a possibilidade de haver causas multifatoriais. Não foram realizadas reintervenções cirúrgicas antes da realização das fotografias pós-operatórias, para que a análise avaliasse o procedimento cirúrgico realizado em tempo único e sem outras correções cirúrgicas, mesmo que fossem diminutas.

Conforme Zubowski¹⁰⁰, os procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes obesos têm maior incidência de complicações quando comparados aos procedimentos realizados em pacientes com índice de massa corpórea dentro dos limites da normalidade. Realizou estudo retrospectivo comparando 395 pacientes submetidas à mamoplastia redutora, no período de dez anos, dividindo-as em cinco grupos conforme o grau de obesidade, e dividindo-as, arbitrariamente, em outros cinco grupos

conforme o volume de parênquima ressecado das mamas. Constatou que houve aumento significativo ($p=0,01$) da taxa de complicações na amostra de pacientes obesas quando comparadas às pacientes não obesas, porém não observou relação entre taxa de complicações e grau de obesidade. Houve relação direta entre a quantidade ressecada de parênquima e a taxa de complicações.

Duas pacientes do presente estudo apresentaram intercorrências. Uma paciente apresentou quadro clínico sugestivo de infecção no sítio operatório, sendo internada e tratada clinicamente como tal. Porém, todas as culturas de secreção colhidas durante a internação resultaram negativas para crescimento bacteriano, inclusive micobactérias.

Outra paciente apresentou assimetria entre as mamas apenas quando abduzia os membros superiores. Aparentemente, houve posicionamento do implante em situação mais cranial do que o desejado e, após proceder às fotografias pós-operatórias, a paciente foi submetida à correção cirúrgica. Esta constou em diminuição da loja supra-aponeurótica e reposicionamento do implante, com total resolução da assimetria dinâmica.

O método de avaliação dos resultados cirúrgicos através da análise fotográfica é método consagrado na literatura.^{45,81,86} As fotografias pré e pós-operatórias foram apresentadas aos cirurgiões avaliadores em pasta única, facilitando a comparação entre as imagens. Os avaliadores não conheciam as pacientes em questão, e realizaram as avaliações em datas distintas.

As fotografias foram apresentadas em cinco posições: anterior, oblíqua direita, perfil direito, oblíqua esquerda e perfil esquerdo; sempre

com a mesma distância de foco e a mesma cor de fundo. Com isso, foi possível avaliar a forma da mama, o volume das mamas em relação ao corpo das pacientes, a simetria comparativa entre as mamas, além do posicionamento dos complexos aréolo-papilares e qualidade e extensão das cicatrizes.

As notas zero, um ou dois, atribuídas pelos cirurgiões avaliadores a cada um dos cinco itens, proporcionou nota final, variando entre zero e 10, para cada paciente. O quadro explicativo (Quadro 1), encaminhado aos cirurgiões juntamente com as fotografias, teve como finalidade, correlacionar características encontradas nas mamas com notas sugeridas. Porém, a utilização deste quadro ficou a critério de cada avaliador, não sendo necessária ou obrigatória sua utilização.

A média das somatórias dos três cirurgiões avaliadores demonstrou que 65% das pacientes apresentaram resultados bom ou ótimo; 26,6% das pacientes, resultado regular; e 8,4% das pacientes apresentaram resultado pobre. A média geral das somatórias dos três avaliadores para todas as pacientes foi de 7,28, considerado como resultado bom.

A análise estatística de concordância, utilizando-se nível de significância igual a 5%, entre os cirurgiões avaliadores demonstrou que houve moderada ou fraca concordância entre eles, quando comparados dois a dois. A estimação do coeficiente de concordância Kappa generalizado (concordância para os três cirurgiões conjuntamente) demonstrou uma fraca concordância entre os três cirurgiões quanto à forma da mama, posição dos complexos aréolo-papilares e qualidade e

extensão da cicatriz, e também, a ausência de concordância entre os cirurgiões quanto ao volume das mamas e simetria entre elas.

O coeficiente de correlação intraclassa estimado entre os três cirurgiões para a nota final, foi de 0,494, com intervalo de confiança de 95% compreendido entre 0,227 e 0,731, confirmando, apenas, moderada reprodutibilidade da nota final entre os cirurgiões.

A fraca ou ausente concordância entre os três avaliadores, todos qualificados como cirurgiões plásticos com experiência no tratamento cirúrgico do contorno corporal pós-obesidade, comprovou a grande variabilidade e a subjetividade da avaliação dos resultados nos cinco itens avaliados.

A análise estatística avaliou também a classificação dos resultados obtidos, ou seja, resultado pobre, regular, bom ou ótimo. O estudo da concordância, feita também através da estimação dos coeficientes de concordância Kappa, revelou a fraca concordância entre todos os pares de cirurgiões. A concordância observada entre os três cirurgiões também foi considerada fraca.

A avaliação objetiva de resultados cirúrgicos parece difícil de ser conseguida. Mesmo com a atribuição de notas por avaliadores de mesma qualificação, ou seja, cirurgiões plásticos experientes no assunto estudado, a avaliação parece ser subjetiva e particular para cada avaliador-observador. A fraca concordância entre as notas atribuídas pelos avaliadores não invalida os resultados obtidos, onde apenas 8,4% das pacientes apresentaram resultado pobre; e a média geral das somatórias dos avaliadores para todas as pacientes foi de 7,28, considerado como resultado bom.

7 CONCLUSÕES

Os resultados inferenciais comprovaram que houve uma porcentagem estatisticamente maior de pacientes satisfeitas após a mastopexia com inclusão de implantes mamários (95,0%) quando comparadas ao período pré-operatório (25,0%).

Os resultados cirúrgicos obtidos, na média, foram considerados como bons, com média das somatórias das notas atribuídas pelos três avaliadores igual a **7,28**, apesar da fraca concordância entre eles.

8 ANEXOS

ANEXO A

Pacientes entrevistadas

	Nome	Registro	Idade (anos)	Data da cirurgia	Data da entrevista pré-operatória	Data da entrevista pós-operatória
1	KTS	6082092H	21	22/08/2008	28/04/2008	28/04/2009
2	EAPM	3255172A	31	05/09/2008	26/08/2008	07/07/2009
3	RVMM	89045059I	43	05/09/2008	10/06/2008	19/05/2009
4	TCG	89045619H	31	19/09/2008	16/07/2008	07/07/2009
5	EAAP	13457855G	51	26/09/2008	23/09/2008	07/07/2009
6	LSS	2777085E	39	03/10/2008	28/08/2008	30/07/2009
7	MGMS	89040555G	43	10/10/2008	28/04/2008	12/05/2009
8	DPS	2850140C	43	17/10/2008	16/09/2008	14/04/2009
9	RCFS	89041941D	36	31/10/2008	24/04/2008	12/05/2009
10	MMJG	3362746F	37	07/11/2008	16/09/2008	15/07/2009
11	GSV	1384508K	38	07/11/2008	24/10/2008	12/05/2009
12	MJA	2983006F	63	28/11/2008	13/03/2008	13/07/2009
13	MBT	2202515I	28	12/12/2008	25/11/2008	07/07/2009
14	MS	3239452I	34	16/01/2009	14/10/2008	18/08/2009
15	DSC	13445318H	29	23/01/2009	13/01/2009	25/08/2009
16	LCC	2462389H	47	30/01/2009	13/01/2009	28/07/2009
17	ICA	5249564K	32	13/02/2009	09/09/2008	28/07/2009
18	FFB	89042060H	46	13/03/2009	10/03/2009	08/09/2009
19	EGC	13518402I	49	17/04/2009	23/09/2008	08/09/2009
20	APSD	3322347A	49	24/04/2009	30/03/2009	10/09/2009

ANEXO B

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Caixa Postal 8091 – São Paulo – Brasil**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO PACIENTE :.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA : Mastopexias com inclusão de implantes mamários realizadas em pacientes após tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: estudo crítico e avaliação de satisfação.
2. PESQUISADOR: Wilson Cintra Júnior
CARGO/FUNÇÃO: Médico INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL No. 79134
UNIDADE DO HCFMUSP: Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras ICHC da FMUSP
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
SEM RISCO	RISCO MÍNIMO X	RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO	RISCO MAIOR	
- (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 02 anos

**III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE
OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:**

1. justificativa e os objetivos da pesquisa; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

A senhora está sendo convidada a participar de entrevistas psicológicas semidirigidas, que fazem parte de uma pesquisa para avaliar o resultado cirúrgico das mastopexias com inclusão de implantes mamários realizadas em pacientes que tiveram grande perda ponderal e a satisfação destas pacientes, através de questionários, entrevistas psicológicas semidirigidas e avaliações fotográficas, nos períodos pré e pós-operatório. Esperamos que os dados obtidos nos ajudem a oferecer um tratamento com mais qualidade aos pacientes que atendemos na Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do ICHC da FMUSP-SP. Tudo o que for falado será confidencial e será usado apenas para fins científicos, com seu consentimento, sem mencionar seu nome. Qualquer dúvida que tiver, agora ou depois, poderá ser esclarecida. A senhora poderá usar os telefones que estão aqui para entrar em contato conosco. Se estiver de acordo com estes termos, por favor, assine abaixo. Uma cópia ficará com a senhora e outra ficará conosco.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas, será possível no Ambulatório de Cirurgia Plástica, às terças-feiras, entre 13 e 15 horas, ou através de contato telefônico (11) 3704-7284, a qualquer tempo.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

Caso a senhora queira participar, não haverá indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa, visto que eventuais danos seriam decorrentes do transporte até o Ambulatório de Cirurgia Plástica, onde serão realizadas as entrevistas psicológicas semidirigidas nos períodos pré e pós-operatório.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS

Pesquisador: Dr. Wilson Cintra Júnior, CRM 79134

Av. São Gabriel, 201 – conj. 704/5 – Itaim Bibi – São Paulo - SP – Tel.: (11) 3704-7284

Psicóloga: Celeste Imaculada Conceição Gobbi, CRP 06/36739-0

Ambulatório de Cirurgia Plástica e Queimaduras do ICHC da FMUSP-SP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, s/ número, Prédio dos Ambulatórios, 6º andar, sala 01

Tels.: (11) 3069-6481, (11) 3069-6188.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecida pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 2008.

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

ANEXO C

Mastopexias com inclusão de implantes mamários realizadas em pacientes após tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: estudo crítico e avaliação da satisfação.

PÓS-GRADUAÇÃO “SENSO STRITO” - DOUTORADO - 2007

Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimaduras - FMUSP

Pesquisador executante: WILSON CINTRA JUNIOR

ENTREVISTA PSICOLÓGICA SEMIDIRIGIDA - PRÉ-OPERATÓRIO

Data da aplicação: __/__/__

Protocolo _____

Nome do paciente: _____

RGHC: _____ Idade: _____ Sexo: feminino

Estado civil: ☐ solteiro ☐ casado ☐ relação estável ☐ separado ☐ divorciado ☐ viúvo

Escolaridade: ☐ Ensino Fundamental Incompleto
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Médio Incompleto
☐ Ensino Médio completo
☐ Superior Incompleto
☐ Superior Completo
☐ Pós-Graduação Incompleta
☐ Pós-Graduação Completa

Religião: _____

Praticante ☐ Sim ☐ Não

Renda Familiar: ☐ de 01 a 03 salários mínimos
☐ de 04 a 06 salários mínimos
☐ de 07 a 09 salários mínimos
☐ mais de 10 salários mínimos

Quantas pessoas contribuem com esta renda? _____

Quantas pessoas vivem com tal renda? _____

Recebe ajuda econômica de terceiros? ☐ não ☐ sim ☐ assistemática ☐ constante

Fonte: ☐ família ☐ amigos ☐ vínculo religioso ☐ governamental ☐ outros

Tempos pós-cirúrgico da gastroplastia: _____

1) Quando a sra. iniciou o tratamento para obesidade?

2) Como a sra. chegou à cirurgia plástica?

☐ amigo(a) ☐ televisão ☐ mídia impressa ☐ outros _____

3) Atualmente, qual a sua ocupação principal?

4) A sra. está satisfeita com sua ocupação? ☐ sim ☐ não Por que?

5) A sra. acha que suas mamas interferem em sua vida profissional? ☐ sim ☐ não
Por que?

6) A sra. acredita que o resultado da cirurgia plástica das mamas influenciará sua vida profissional? ☐ sim ☐ não Por que?

7) Atualmente, como está sua vida social?

8) A sra. está satisfeita com sua vida social? ☐ sim ☐ não Por que?

9) A sra. acha que suas mamas interferem na sua vida social? ☐ sim ☐ não Por que?

10) A sra. acredita que o resultado da cirurgia plástica das mamas influenciará sua vida social? ☐ sim ☐ não Por que?

11) Atualmente, como está sua vida afetiva?

12) A sra. está satisfeita com sua vida afetiva? ☐ sim ☐ não Por que?

13) A sra. acha que suas mamas interferem na sua vida afetiva? ☐ sim ☐ não
Por que?

14) A sra. acredita que o resultado da cirurgia plástica das mamas influenciará sua vida afetiva? ☐ sim ☐ não Por que?

15) Atualmente, como está sua vida sexual?

16) A sra. está satisfeita com sua vida sexual? ☐ sim ☐ não Por que?

17) A sra. acha que suas mamas interferem na sua vida sexual? ☐ sim ☐ não
Por que?

18) A sra. acredita que o resultado da cirurgia plástica das mamas influenciará sua vida sexual? ☐ sim ☐ não Por que?

19) O que a sra. acha de seu corpo?

20) A sra. está satisfeita com seu corpo? ☐ sim ☐ não Por que?

21) O que a sra. acha de suas mamas?

22) A sra. está satisfeita com suas mamas? ☐ sim ☐ não Por que?

23) A sra. já conversou com algum cirurgião plástico sobre a cirurgia das mamas? ☐ sim ☐ não O que ouviu dele?

24) A sra. tem dúvidas sobre a cirurgia que irá fazer? ☐ sim ☐ não Quais?

25) A sra. tem algum receio relacionado à cirurgia que irá fazer? ☐ sim ☐ não
Quais?

26) O que a faz desejar esta cirurgia das mamas?

27) O que a sra. espera desta cirurgia das mamas?

28) Comentários.

ANEXO D

Mastopexias com inclusão de implantes mamários realizadas em pacientes após tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: estudo crítico e avaliação da satisfação.

PÓS-GRADUAÇÃO “SENSO STRITO” - DOUTORADO - 2007

Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimaduras - FMUSP

Pesquisador executante: WILSON CINTRA JUNIOR

ENTREVISTA PSICOLÓGICA SEMIDIRIGIDA - PÓS-OPERATÓRIO

Data da aplicação: __/__/__

Protocolo _____

Nome do paciente: _____

RGHC: _____ Idade: _____ Sexo: feminino

1) O que você passou na realização da cirurgia de mamas foi próximo ao que a sra. ouviu do cirurgião plástico? ☐ sim ☐ não Por que?

2) O resultado está próximo ao que a sra. esperava? ☐ sim ☐ não Por que?

3) O que a sra. **mais** gostou no resultado da cirurgia das mamas?

4) O que a sra. **menos** gostou no resultado da cirurgia das mamas?

5) A cirurgia das mamas provocou alguma mudança em sua vida? ☐ sim ☐ não
Por que?

6) A sra. acredita que sua vida profissional foi afetada de alguma forma após a cirurgia plástica das mamas? ☐ sim ☐ não Por que?

7) A sra. acredita que sua vida social foi afetada de alguma forma após a cirurgia plástica das mamas? ☐ sim ☐ não Por que?

8) A sra. acredita que sua vida afetiva foi afetada de alguma forma após a cirurgia plástica das mamas? ☐ sim ☐ não Por que?

9) A sra. acredita que sua vida sexual foi afetada de alguma forma após a cirurgia plástica das mamas? ☐ sim ☐ não Por que?

10) O que a sra. acha do seu corpo?

11) A sra. está satisfeita com seu corpo? ☐ sim ☐ não Por que?

12) O que a sra. acha de suas mamas?

13) A sra. está satisfeita com suas mamas? ☐ sim ☐ não Por que?

14) A sra. acha que a cirurgia das mamas afetou, de alguma forma, os cuidados que a sra. tem com seu corpo? ☐ sim ☐ não Por que?

15) A sra. acredita que a cirurgia das mamas tem alguma relação com a satisfação em relação ao seu corpo? ☐ sim ☐ não Por que?

16) Comentários.

ANEXO E

Avaliação dos resultados cirúrgicos – Tese Doutorado Wilson Cintra Jr. – 2009.

Cirurgião 1: _____

Paciente	Forma	Volume	Simetria	Posição CAP	Cicatriz
1	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
2	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
3	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
4	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
5	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
6	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
7	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
8	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
9	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
10	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
11	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
12	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
13	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
14	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
15	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
16	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
17	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
18	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
19	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)
20	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)	(0) (1) (2)

ANEXO F

Avaliação dos resultados cirúrgicos – Tese de Doutorado – 2009

Cirurgião 1

Paciente	Forma	Volume	Simetria	Posição CAP	Cicatriz
1	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2
3	0	2	2	1	2
4	2	1	1	1	1
5	2	1	1	2	1
6	2	2	1	1	1
7	1	1	1	1	1
8	2	2	1	2	1
9	1	2	2	1	2
10	2	2	2	2	1
11	2	2	1	1	2
12	0	0	1	1	2
13	2	2	2	2	2
14	1	1	2	2	1
15	2	1	1	2	1
16	1	1	1	2	2
17	1	1	1	1	2
18	2	1	2	2	2
19	2	1	2	2	2
20	1	1	1	2	1

ANEXO G

Avaliação dos resultados cirúrgicos – Tese de Doutorado – 2009

Cirurgião 2

Paciente	Forma	Volume	Simetria	Posição CAP	Cicatriz
1	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2
3	1	1	1	2	2
4	2	1	1	1	1
5	2	2	2	2	2
6	1	2	1	2	1
7	2	2	2	2	1
8	2	2	2	2	0
9	0	1	1	1	1
10	2	2	2	2	1
11	2	2	2	1	2
12	0	1	2	2	2
13	2	2	2	2	2
14	2	2	1	1	1
15	2	2	1	1	0
16	1	1	1	2	1
17	1	2	1	1	1
18	2	2	2	2	2
19	2	2	2	2	2
20	1	0	1	2	1

ANEXO H

Avaliação dos resultados cirúrgicos – Tese de Doutorado – 2009

Cirurgião 3

Paciente	Forma	Volume	Simetria	Posição CAP	Cicatriz
1	1	2	1	1	2
2	1	1	1	1	2
3	0	0	1	1	2
4	1	1	1	1	1
5	1	2	2	2	1
6	1	2	2	1	0
7	1	1	1	2	2
8	2	2	1	2	1
9	0	0	2	0	1
10	2	2	2	2	1
11	1	1	1	1	1
12	0	0	1	1	1
13	2	2	2	2	2
14	1	1	2	1	1
15	1	1	2	2	1
16	1	1	2	1	1
17	1	2	2	1	2
18	2	2	1	2	2
19	2	2	1	2	2
20	1	1	1	2	1

ANEXO I

Tabela 7. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 1 e 2, quanto à forma da mama

		forma pelo cirurgião 2			Total
		ruim	regular	bom	
forma pelo cirurgião 1	ruim	1	1	-	2
		5,0%	5,0%	-	10,0%
	regular	1	3	2	6
		5,0%	15,0%	10,0%	30,0%
	bom	-	1	11	12
		-	5,0%	55,0%	60,0%
Total		2	5	13	20
		10,0%	25,0%	65,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

Tabela 8. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 1 e 3, quanto à forma da mama

		forma pelo cirurgião 3			Total
		ruim	regular	bom	
forma pelo cirurgião 1	ruim	2	-	-	2
		10,0%	-	-	10,0%
	regular	1	5	-	6
		5,0%	25,0%	-	30,0%
	bom	-	7	5	12
		-	35,0%	25,0%	60,0%
Total		3	12	5	20
		15,0%	60,0%	25,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

Tabela 9. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 2 e 3, quanto à forma da mama

		forma pelo cirurgião 3			Total
		ruim	regular	bom	
forma pelo cirurgião 2	ruim	2	-	-	2
		10,0%	-	-	10,0%
	regular	1	4	-	5
		5,0%	20,0%	-	25,0%
	bom	-	8	5	13
		-	40,0%	25,0%	65,0%
Total	3	12	5	20	
	15,0%	60,0%	25,0%	100,0%	

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

ANEXO J

Tabela 10. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 1 e 2, quanto ao volume da mama

		volume pelo cirurgião 2			Total
		ruim	regular	bom	
volume pelo cirurgião 1	ruim	-	1	-	1
		-	5,0%	-	5,0%
	regular	1	2	7	10
		5,0%	10,0%	35,0%	50,0%
	bom	-	2	7	9
		-	10,0%	35,0%	45,0%
Total	1	5	14	20	
	5,0%	25,0%	70,0%	100,0%	

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

Tabela 11. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 1 e 3, quanto ao volume da mama

		volume pelo cirurgião 3			Total
		ruim	regular	bom	
volume pelo cirurgião 1	ruim	1	-	-	1
		5,0%	-	-	5,0%
	regular	-	6	4	10
		-	30,0%	20,0%	50,0%
	bom	2	2	5	9
		10,0%	10,0%	25,0%	45,0%
Total	3	8	9	20	
	15,0%	40,0%	45,0%	100,0%	

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

Tabela 12. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 2 e 3, quanto ao volume da mama

		volume pelo cirurgião 3			Total
		ruim	regular	bom	
volume pelo cirurgião 2	ruim	-	1	-	1
		-	5,0%	-	5,0%
	regular	3	2	-	5
		15,0%	10,0%	-	25,0%
	bom	-	5	9	14
		-	25,0%	45,0%	70,0%
Total	3	8	9	20	
	15,0%	40,0%	45,0%	100,0%	

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

ANEXO K

Tabela 13. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 1 e 2, quanto à simetria da mama

		simetria pelo cirurgião 2		Total
		regular	bom	
simetria pelo cirurgião 1	regular	6	5	11
		30,0%	25,0%	55,0%
	bom	3	6	9
		15,0%	30,0%	45,0%
Total		9	11	20
		45,0%	55,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

Tabela 14. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 1 e 3, quanto à simetria da mama.

		simetria pelo cirurgião 3		Total
		regular	bom	
simetria pelo cirurgião 1	regular	6	5	11
		30,0%	25,0%	55,0%
	bom	5	4	9
		25,0%	20,0%	45,0%
Total		11	9	20
		55,0%	45,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

Tabela 15. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 2 e 3, quanto à simetria da mama.

		simetria pelo cirurgião 3		Total
		regular	bom	
simetria pelo cirurgião 2	regular	3	6	9
		15,0%	30,0%	45,0%
	bom	8	3	11
		40,0%	15,0%	55,0%
Total		11	9	20
		55,0%	45,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

ANEXO L

Tabela 16. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 1 e 2, quanto à posição da mama.

		posição pelo cirurgião 2		Total
		regular	bom	
posição pelo cirurgião 1	regular	4	4	8
		20,0%	20,0%	40,0%
	bom	2	10	12
		10,0%	50,0%	60,0%
Total		6	14	20
		30,0%	70,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

Tabela 17. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 1 e 3, quanto à posição da mama.

		posição pelo cirurgião 3			Total
		ruim	regular	bom	
posição pelo cirurgião 1	regular	1	6	1	8
		5,0%	30,0%	5,0%	40,0%
	bom	-	4	8	12
		-	20,0%	40,0%	60,0%
Total		1	10	9	20
		5,0%	50,0%	45,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

Tabela 18. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 2 e 3, quanto à posição da mama.

		posição pelo cirurgião 3			Total
		ruim	regular	bom	
posição pelo cirurgião 2	regular	1	4	1	6
		5,0%	20,0%	5,0%	30,0%
	bom	-	6	8	14
		-	30,0%	40,0%	70,0%
Total		1	10	9	20
		5,0%	50,0%	45,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

ANEXO M

Tabela 19. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 1 e 2, quanto à cicatriz da mama.

		cicatriz pelo cirurgião 2			Total
		ruim	regular	bom	
cicatriz pelo cirurgião 1	regular	2	6	1	9
		10,0%	30,0%	5,0%	45,0%
	bom	-	4	7	11
		-	20,0%	35,0%	55,0%
Total		2	10	8	20
		10,0%	50,0%	40,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

Tabela 20. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 1 e 3, quanto à cicatriz da mama.

		cicatriz pelo cirurgião 3			Total
		ruim	regular	bom	
cicatriz pelo cirurgião 1	regular	1	7	1	9
		5,0%	35,0%	5,0%	45,0%
	bom	-	4	7	11
		-	20,0%	35,0%	55,0%
Total		1	11	8	20
		5,0%	55,0%	40,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

Tabela 21. Distribuição das opiniões dos cirurgiões 2 e 3, quanto à cicatriz da mama.

		cicatriz pelo cirurgião 3			Total
		ruim	regular	bom	
cicatriz pelo cirurgião 2	ruim	-	2	-	2
		-	10,0%	-	10,0%
	regular	1	6	3	10
		5,0%	30,0%	15,0%	50,0%
	bom	-	3	5	8
		-	15,0%	25,0%	40,0%
Total		1	11	8	20
		5,0%	55,0%	40,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

ANEXO N

Tabela 25. Distribuição das notas finais atribuídas pelos cirurgiões 1 e 2

		nota pelo cirurgião 2				Total
		pobre	regular	bom	ótimo	
nota pelo cirurgião 1	pobre	-	-	1	-	1
		-	-	5,0%	-	5,0%
	regular	-	3	1	-	4
		-	15,0%	5,0%	-	20,0%
	bom	1	2	6	3	12
		5,0%	10,0%	30,0%	15,0%	60,0%
	ótimo	-	-	1	2	3
		-	-	5,0%	10,0%	15,0%
Total		1	5	9	5	20
		5,0%	25,0%	45,0%	25,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

Tabela 26. Distribuição das notas finais atribuídas pelos cirurgiões 1 e 3

		nota pelo cirurgião 3				Total
		pobre	regular	bom	ótimo	
nota pelo cirurgião 1	pobre	1	-	-	-	1
		5,0%	-	-	-	5,0%
	regular	-	2	2	-	4
		-	10,0%	10,0%	-	20,0%
	bom	2	4	6	-	12
		10,0%	20,0%	30,0%	-	60,0%
	ótimo	-	1	1	1	3
		-	5,0%	5,0%	5,0%	15,0%
Total		3	7	9	1	20
		15,0%	35,0%	45,0%	5,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

Tabela 27. Distribuição das notas finais atribuídas pelos cirurgiões 2 e 3

		nota pelo cirurgião 3				Total
		pobre	regular	bom	ótimo	
nota pelo cirurgião 2	pobre	1	-	-	-	1
		5,0%	-	-	-	5,0%
	regular	-	3	2	-	5
		-	15,0%	10,0%	-	25,0%
	bom	2	3	4	-	9
		10,0%	15,0%	20,0%	-	45,0%
	ótimo	-	1	3	1	5
		-	5,0%	15,0%	5,0%	25,0%
Total		3	7	9	1	20
		15,0%	35,0%	45,0%	5,0%	100,0%

os valores na cor vermelha representam as concordâncias observadas

9 REFERÊNCIAS

1. Obesity and overweight. WHO [Internet]. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>.
2. Obesity and overweight. WHO [Internet]. 2007. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
3. Vandeweyer E, van Geertruyden J, Fontaine S, Duchateau J, Houben JJ, Goldschmidt D. La chirurgie plastique post-gastroplastie. *Rev Méd Brux* 1996;17:244-7.
4. Zook EG. The massive weight loss patient. *Clin Plast Surg* 1975, 2:457-66.
5. Black J, Morgan M. Body contouring and weight loss surgery for obesity. *Nursing Clin North Am* 1991; 26(3):777-88.
6. Stevens WG, Freeman ME, Stoker DA, Quardt SM, Cohen R, Hirsch EM. One-staged Mastopexy with breast augmentation: a review of 321 patients. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120(6): 1674-9.
7. Codner MA, Weinfeld AB. Pr51 augmentation Mastopexy. *ANZ J Surg* 2007; 77 Suppl 1: 72-3.
8. Lanier VC. Body contouring surgery after weight reduction. *Southern Medical Journal* 1987;80(11):1375-80.
9. Bleger J. Temas de Psicologia-entrevista e grupos. *Ed. Martins Fontes*, São Paulo, 1991, p. 9-11.
10. Ferreira MC. Evaluation of results in aesthetic plastic surgery: preliminary observations on mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106(7): 1630-5.
11. Davis TS. Morbid Obesity. *Clin Plast Surg* 1984;11:517-24.
12. Mühlbauer W. Radical abdominoplasty, including body shaping: representative cases. *Aesth Plast Surg* 1989; 13:105-10.

13. Black J, Morgan M. Body contouring and weight loss surgery for obesity. *Nursing Clin North Am* 1991; 26(3):777-88.
14. van Italic T. Morbid obesity: a hazardous disorder that resists conservative treatment. *Am J Clin Nutr* 1980; 33:358-63.
15. National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI); 1998 junho, p.228.
16. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM et al. Body mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 1999; 341:1097-105.
17. Overweight and obesity. CDC [Internet]. 2007. Available from: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/trend/index.htm>
18. Obesidade em notícia. Abeso [Internet]. 2007. Available from: http://www.abeso.org.br/reportagens/pesquisa_pop_brasi_obesidade_morbida.htm
19. Mason EE. Vertical banded gastroplasty for obesity. *Arch Surg* 1982; 117(5): 701-6.
20. Belachew M, Legrand M, Vincent V, et al. Laparoscopic adjustable gastric banding. *World J Surg* 1998; 22(9): 955-63.
21. Scopinaro N, Gianetta E, Civalieri D, Bonalumi U, Bachi V. Biliopancreatic bypass for obesity: II. Initial experience in man. *Br J Surg* 1979; 66(9): 618-20.
22. Hess DS, Hess DW, Oakley RS. The biliopancreatic diversion with duodenal switch: results beyond 10 years. *Obes Surg* 2005; 15(3): 408-16.

23. Fobi M, Johnson AP, Bristo LD, Alexander JL. The limiting proximal gastric pouch: the evolving solution of morbid obesity. *J Natl Med Assoc* 1982; 74(10): 1005-9.
24. Capella JF, Capella RF. The weight reduction operation of choice: vertical banded gastroplasty or gastric bypass? *Am J Surg* 1996; 171(1): 74-9.
25. Capella RF, Capella JF. Reducing early technical complication in gastric bypass surgery. *Obes Surg* 1997; 7(2): 149-56.
26. Terry E. Surgical management of morbid obesity. *Bull Am Coll Surg* 1972; 177: 723-35.
27. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr* 1992; 55: 615S-95S.
28. Guidelines for laparoscopic and open surgical treatment of morbid obesity. American Society for Bariatric Surgery. Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons. *Obes Surg* 2000; 10(4): 378-9.
29. Wittgrove AC, Clark GW. Laparoscopic gastric bypass, Roux-en-Y – 500 patients: technique and results, with 3-60 months follow-up. *Obes Surg* 2000; 10(3): 233-9.
30. Rohrich RJ, Gosman AA, Brown AS, Reisch J. Mastopexy preferences: a survey of board-certified plastic surgeons. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118(7): 1631-8.
31. Georgiade NG, Georgiade GS, Riefkohl R. Esthetic breast surgery. In: McCarthy JG (Ed). *Plastic surgery*. Philadelphia: W.B.Saunders; 1990. p.3839-96.
32. Regnault P. Breast ptosis: definition and treatment. *Clin Plast Surg* 1976; 3(2): 193-203.

33. Brink RR. Management of true ptosis of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1993; 91(4): 657-62.
34. Spear S, Mijidian A. Reduction mammoplasty and mastopexy: general considerations. In: Spear SL (Ed). *Surgery of the breast: principles and art*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. p.673.
35. Rohrich RJ, Beran SJ, Restifo RJ, Copit SE. Aesthetic management of the breast following explanation: evaluation and mastopexy options. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101(3): 827-37.
36. Elliot FL. Circumareolar mastopexy with augmentation. *Clin Plast Surg* 2002; 29(3): 337-47.
37. Bartels RJ, Strickland DM, Douglas WM. A new mastopexy operation for mild or moderate ptosis. *Plast Reconstr Surg* 1976; 57(6): 687-91.
38. Erol OO, Spira MA. A mastopexy technique for mild to moderate ptosis. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65(5): 603-9.
39. Gruber RP, Jones HW. The "donut" mastopexy: indications and complications. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65(1): 34-8.
40. Goes JCS. Periareolar mammoplasty: double skin technique with application of polyglactine or mixed mesh. *Plast Reconstr Surg* 1996; 97(5): 959-68.
41. Goes JCS. Periareolar mammoplasty: double skin technique with application of mesh support. *Clin Plast Surg* 2002; 29(3): 349-64.
42. Lassus C. A technique for breast reduction. *Int Surg* 1970; 53: 69-72.
43. Lejour M, Abboud M, Declety A, Kertesz P. Réduction des cicatrices de plastie mammaire: de l'ancree à la vertical. *Ann Chir Plast Esthet* 1990; 35(5): 369-79.

-
44. Chiari Junior A. The L short-scar mammoplasty: a new approach. *Plast Reconstr Surg* 1992; 90(2): 233-46.
45. Ferreira MC, Ishida J, Gemperli R, Besteiro JM, Monteiro Junior AA, Tuma Junior P. Reduction mammoplasty with shortened scars: surgical technique. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 1995, 50: 22-4.
46. Wise RJ. A preliminary report on a method of planning the Mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1956; 17(5): 367-75.
47. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg* 1967; 20: 78-85.
48. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65(2): 217-26.
49. Peixoto G. Reduction mammoplasty. *Aesthet Plast Surg* 1984; 8(4): 231-6.
50. Hammond DC. Short scar periareolar inferior pedicle reduction (SPAIR) mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103(3): 890-901.
51. Hall-Findlay EJ. A simplified vertical reduction mammoplasty: shortening the learning curve. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104(3): 748-59.
52. Cronin TD, Gerow FJ. Augmentation mammoplasty: a new "natural feel" prosthesis. Third International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery. Amsterdam. *Excerpta Medica*, 1964.
53. Glicenstein J. History of augmentation mammoplasty. *Ann Chir Plast Esthet* 2005; 50(5): 337-49
54. Jenny H. *The areolar approach to augmentation mammoplasty. [comunicação pessoal] Apresentado no V International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery*, Melbourne, 1971.
55. Jones FR, Tauras AP. A periareolar incision for augmentation mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1973; 51(6): 641-4.

-
56. Höhler H. Breast augmentation: the axillary approach. *Br J Plast Surg* 1973; 26: 373-6.
57. Hetter GP. Satisfactions and dissatisfactions of patients with augmentation mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1979; 64(2): 151-5.
58. Graf RM, Bernardes A, Auersvald A, Damasio RC. Subfascial endoscopic transaxillary augmentation mammoplasty. *Aesthet Plast Surg* 2000; 24(3): 216-20.
59. Dempsey WC, Lathan WD. Subpectoral implants in augmentation mammoplasty: preliminary report. *Plast Reconstr Surg* 1968; 42(6): 515-21.
60. Griffiths CO. The submuscular implant in augmentation mammoplasty. In: Sanvenero-Rosselli G. (Ed.): *Transactions of the Fourth International Congress of Plastic Surgery*. Amsterdam, Excerpta Medica Foundation, 1969.
61. Gonzales-Ulloa M. Correction of hypotrophy of the breast by means of exogenous material. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull* 1960; 25: 15-26.
62. Regnault P. The hypoplastic and ptotic breast: a combined operation with prosthetic augmentation. *Plast Reconstr Surg* 1996; 37(1): 31-7.
63. Rubin JP, Khachi G. Mastopexy after massive weight loss: dermal suspension and selective auto-augmentation. *Clin Plast Surg* 2008; 35(1): 123-9.
64. Lockwood T. Reduction mammoplasty and mastopexy with superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103(5): 1411-20.
65. Orpheu SC. *Estudo histomorfométrico comparativo do colágeno e elastina na pele abdominal humana após perda ponderal maciça*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.

-
66. Ohana J, Karcenty B, Mekouar R, Amar A. The use of implants in ptosis, hypertrophic and breast deformities. *Ann Chir Plast Esthet* 2005; 50(5): 476-86.
67. Kenkel JM. Body contouring after massive weight loss. Marking and operative techniques. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117(Suppl 1): 45-73.
68. Lockwood T. Lower body lift. *Oper Tech Plast Reconstr Surg* 1996; 3:132-44.
69. Hurwitz DJ. Single-staged total body lift after massive weight loss. *Ann Plast Surg* 2004; 52(5): 435-41.
70. Soliman SW, Rotemberg SC, Pace D, Bark A, Mansur A, Aly A. Upper body lift. *Clin Plast Surg* 2008; 35(1): 107-14.
71. Hurwitz DJ, Agha-Mohammadi S. Postbariatric surgery breast reshaping: the spiral flap. *Ann Plast Surg* 2006; 56(5): 481-6.
72. Rubin JP. Mastopexy after massive weight loss: dermal suspension and total parenchymal reshaping. *Aesthet Surg J* 2006; 26(2): 214-22.
73. Brenelli HB, Shinzato JY. Terapia de apoio à pacientes com câncer de mama. In: Dias EM. *Mastologia Atual*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
74. Heckert U. Reações psíquicas à mastectomia. *Revista Juiz de Fora* 1995; 21(1): 97-102.
75. Antoniuk PM. Breast augmentation and breast reduction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2002; 29(1): 103-15.
76. Song A, Rubin JP, Thomas V, et al. Shifting bodies, shiftings ideals: assessment of body image and quality of life in post-bariatric weight loss body contouring patients. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14: 1626-36.
77. Lehan AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatr* 1982; 139:1271-6.

-
78. Black J, Morgan M. Body contouring and weight loss surgery for obesity. *Nursing Clin North Am* 1991;26(3):777-88.
79. Sarwer DB, Thompson JK, Mitchell JE. Psychological considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121(6): 423e-434e.
80. Sarwer DB, Fabricatore AN. Psychiatric considerations of the massive weight loss patient. In: Aly AI. *Clinics in Plastic Surgery*. Body Contouring after Massive Weight Loss; 2008: 35(1): 1-10.
81. Spear SL, Pelletiere CV, Menon N. One-stage augmentation combined with mastopexy: aesthetic results and patient satisfaction. *Aesthet Plast Surg* 2004; 28(5): 259-67.
82. Cruz-Korchin N, Korchin L. Vertical versus Wise Pattern breast reduction: patient satisfaction, revision rates, and complications. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112: 1573-8.
83. Zweifler M, Glasberg SB. An outcome-based study of aesthetic surgery in a clinic setting. *Ann Plast Surg* 2000; 44(4): 355-60.
84. Bolton MM, Pruzinsky T, Cash TF, Persing JA. Measuring outcomes in plastic surgery: body image and quality of life in abdominoplasty patients. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112(2): 619-25.
85. Favre S, Egloff DV. Body contouring surgery after massive weight loss. *Rev Med Suisse* 2005; 1(28): 1863-7.
86. Menderes A, Mola F, Vayvada H, Barutcu A. Evaluation of results from reduction mammoplasty: relief of symptoms and patient satisfaction. *Aesthet Plast Surg* 2005; 29(2): 83-7.
87. Veiga DF, Sabino Neto M, Ferreira LM, Garcia EB, Veiga Filho J, Novo NF, Rocha JL. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *Br J Plast Surg* 2004; 57(3): 252-7.

-
88. Broughton G, Horton B, Lipschitz A, Kenkel JM, Brown SA, Rohrich RJ. Lifestyle outcomes, satisfaction, and attitudes of patients after liposuction: a Dallas experience. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117(6): 1738-49.
89. Prado A, Andrades P, Danilla S, Leniz P, Castillo P, Gaete F. A prospective, randomized, Double-blind, controlled clinical trial comparing laser-assisted lipoplasty with suction-assisted lipoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118(4): 1032-45.
90. Ramon Y, Sharony Z, Moscona RA, Ullmann Y, Peled IJ. Evaluation and comparison of aesthetic results and patient satisfaction with bilateral breast reduction using the inferior pedicle and McKissock vertical bipedicle dermal flap techniques. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106(2): 289-95.
91. Ozgür F, Tuncali D, Güler Gürsu K. Life satisfaction, self-esteem, and body image: a psychosocial evaluation of aesthetic and reconstructive surgery candidates. *Aesthet Plast Surg* 1998; 22(6): 412-9.
92. Cárdenas-Camarena L, Ramírez-Macias R. Augmentation/mastopexy: how to select and perform the proper technique. *Aesthet Plast Surg* 2006; 30(1): 21-33.
93. Cintra Junior W, Modolin MLA, Gemperli R, Gobbi CIC, Faintuch J, Ferreira MC. Quality of life after abdominoplasty in women after bariatric surgery. *Obes Surg* 2008; 18: 728-32.
94. Simon R. Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos. Ed. *Pedagógica e Universitária*, São Paulo; 1989. p.13-91.
95. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York: *John Wiley & Sons*; 1981. p.321.
96. Agresti A. Categorical data analysis. New York: *Wiley Interscience*, 1990.
97. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: *Chapman & Hall*; 1991. p.611.

98. Song AY, Jean RD, Hurwitz DJ, Fernstrom MH, Scott JA, Rubin JP. A classification of contour deformities after bariatric weight loss: the Pittsburgh Rating Scale. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116(5): 1535-44.
99. Tebbetts JB. Axillary endoscopic breast augmentation: processes derived from a 28-year experience to optimize outcomes. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118(Suppl 7): 53-80.
100. Zubowski R, Zins JE, Foray-Kaplon A, Yetman RJ, Lucas AR, Papay FA, et al. Relationship of obesity and specimen weight to complications in reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106(5): 998-1003.
101. Orpheu SC, Coltro PS, Scopel GP, Gomez DS, Rodrigues CJ, Modolin MLA, Faintuch J, Gemperli R, Ferreira MC. Collagen and elastic content of abdominal skin after surgical weight loss. *Obes Surg*. In press 2009.