WILSON CINTRA JUNIOR

**Análise da qualidade de vida de pacientes
submetidos à abdominoplastia circunferencial após
tratamento cirúrgico da obesidade mórbida**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Cirurgia Plástica

Orientador: Prof. Dr. Rolf Gemperli

São Paulo

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

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

©reprodução autorizada pelo autor

Cintra Junior, Wilson

**Análise da qualidade de vida de pacientes submetidos à abdominoplastia
circunferencial após tratamento cirúrgico da obesidade mórbida / Wilson Cintra
Junior. -- São Paulo, 2006.**

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Cirurgia.

Área de concentração: Cirurgia Plástica.

Orientador: Rolf Gemperli.

Descritores: 1.ABDOME/cirurgia 2.LIPECTOMIA 3.DOBRAS CUTÂNEAS
4.QUALIDADE DE VIDA 5.OBESIDADE MÓRBIDA 6.OBESIDADE
7.CIRURGIA PLÁSTICA

USP/FM/SBD-105/06

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

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

À minha querida esposa Mariana Costa Cerveira Cintra e filha Adriana Cerveira Cintra, pelo constante apoio e pelo tempo que não estivemos juntos, em prol deste meu desejo.

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 realizar minha pós-graduação.

Ao Prof. Dr. Rolf Gemperli, pela orientação e direcionamento na elaboração desta dissertação, 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 acadêmica.

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

Ao Prof. Dr. Nivaldo Alonso, pelos conhecimentos fornecidos durante e após o término de minha residência médica.

Ao Prof. Dr. Henri Friedhofer e Doutores Júlio Moraes Besteiro, Jorge Ishida, Luiz Kamakura, Rogério Izar Neves, Paulo Tuma Junior, Silvio Sterman, Marisa Roma Herson, Diógenes Laércio Rocha, Fábio Ezo Aki e Paulo Cezar Cavalcante de Almeida, pelos profundos ensinamentos em cirurgia plástica.

Ao Dr. Henrique Cerveira Netto, pelas correções realizadas e pela intensa ajuda durante a elaboração desta dissertação.

Ao Dr. Eduardo Kawata Sakae, por elaborar os desenhos esquemáticos que ilustram esta dissertação.

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.

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

Esta dissertação 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	8
3. REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1. Obesidade	11
3.2. Abdominoplastias	16
3.3. Qualidade de Vida	26
4. MÉTODOS	37
4.1. Seleção de pacientes	38
4.2. Técnica Cirúrgica	42
4.3. Aplicação da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada	48
5. RESULTADOS	54
6. DISCUSSÃO	65
7. CONCLUSÕES	78
8. ANEXOS	80
9. REFERÊNCIAS	89

RESUMO

Cintra Junior W. Análise da qualidade de vida de pacientes submetidos a abdominoplastia circunferencial após tratamento cirúrgico da obesidade mórbida [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. 96p.

INTRODUÇÃO: Os pacientes portadores de obesidade mórbida submetidos a tratamento cirúrgico para obesidade através de cirurgias desabsortivas-restritivas, após considerável perda de peso, podem apresentar excessos dermogordurosos nas várias regiões do corpo, freqüentemente associados à dificuldade de higiene pessoal e deambulação, maior incidência de infecções cutâneas, insatisfação com a imagem corporal, piora na auto-estima e nos relacionamentos profissionais e afetivos, além da piora da qualidade de vida. Naqueles pacientes com excessos dermogordurosos em abdome e flancos, e ptose da região glútea, a abdominoplastia circunferencial tem demonstrado ser uma solução cirúrgica eficaz. **OBJETIVO:** Avaliar as alterações na qualidade de vida dos pacientes submetidos a abdominoplastia circunferencial, nos aspectos afetivo-relacional, profissional, social e orgânico. **MÉTODOS:** Dezesseis pacientes do sexo feminino, que realizaram abdominoplastia circunferencial entre agosto de 2000 e janeiro de 2005, e eram acompanhadas no ambulatório de Cirurgia Plástica da Divisão de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foram submetidas à entrevistas psicológicas semidirigidas, que consistiram de 31 questões, cujas respostas obtidas foram tabuladas e divididas em categorias. Utilizando-se a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), e tendo como princípio norteador o critério adaptativo, as respostas foram classificadas como adequadas, pouco adequadas ou pouquíssimo adequadas. Através de notas atribuídas a cada resposta, foi possível a avaliação quantitativa nos quatro setores de funcionamento (afetivo-relacional, produtividade, sócio-cultural e orgânico) e a classificação diagnóstica das pacientes quanto à adequação. **RESULTADOS:** No setor afetivo-relacional, dez pacientes (62,5%) apresentaram respostas adequadas e cinco (31,25%), pouco adequadas. No setor produtividade, dez pacientes (62,5%) apresentaram respostas adequadas e quatro (25%), pouco adequadas. No setor sócio-cultural, treze pacientes (81,25%) apresentaram respostas adequadas. No setor orgânico, dez pacientes (62,5%) apresentaram valores máximos em todos os indicadores avaliados. Sete pacientes (43,75%) apresentaram adaptação eficaz e seis (37,5%), ineficaz leve. **CONCLUSÕES:** As análises, qualitativas e quantitativas, realizadas através da EDAO, concluíram que houve benefício efetivo aos pacientes submetidos a abdominoplastia circunferencial, nos aspectos físico, profissional, social e orgânico.

Descritores: 1.ABDOME/cirurgia 2.LIPECTOMIA 3.DOBRAS CUTÂNEAS 4.QUALIDADE DE VIDA 5.OBESIDADE MÓRBIDA 6. OBESIDADE 7.CIRURGIA PLÁSTICA

SUMMARY

Cintra Junior W. Quality of life analysis in patients submitted to circumferential abdominoplasty after surgical treatment of the morbid obesity [dissertation]. Sao Paulo: Faculty of Medicine, University of Sao Paulo; 2006. 96p.

INTRODUCTION: Morbid obesity patients submitted to surgical treatment through disabsorptive/restrictive procedures, after considerable weight loss, may present skin and fat excess throughout different body regions, frequently associated with restrictions on personal hygiene and deambulation, greater incidence of skin infections, body image dissatisfaction, worsening of self-esteem and of professional and affective relationships, besides down grading quality of life in general. On those patients that present skin and fat excess on the abdomen, flanks and gluteal ptosis, the circumferential abdominoplasty has demonstrated to be an effective surgical solution. **OBJECTIVE:** To evaluate the modifications on the quality of life of patients that underwent circumferential abdominoplasty on affective/relational, professional, social and organic aspects. **METHODS:** Sixteen female patients that underwent circumferential abdominoplasty between August 2000 and January 2005 were followed on the outpatient clinic of the Plastic Surgery Division of the Hospital das Clínicas of the University of São Paulo, and were submitted to semi-directed psychological interviews that consisted in 31 questions whose answers were tabulated and separated in categories. One used the Operational Adaptive Diagnostic Scale (OADS) and observing the adaptive patterns as the main criterion, the answers were classified as fairly, poorly and least poorly adequate. Through grades attributed to each answer, it was possible to evaluate quantitatively the four aspects of observation (affective/relational, professional, social and organic) and to establish a classification of the patients relative to their adaptive adequacy. **RESULTS:** On the aspect affective/relational, ten patients (62.5%) presented fairly adequate answers and five (31.25%) poorly adequate ones. On the productivity aspect, 10 patients (62.5%) presented fairly adequate answers and four (25%) poorly adequate ones. On the social/cultural aspect, 13 patients (81.25%) presented fairly adequate answers. On the organic aspect, 10 patients (62.5%) presented maximum grades in all evaluated criteria. Seven patients (43.75%) presented effective adaptation and six (37.5%) slightly ineffective. **CONCLUSIONS:** The qualitatively and quantitatively analysis made through OADS showed that there was effective benefit to the patients submitted to circumferential abdominoplasty on the physical, professional, social and organic aspects.

Descriptors: 1.ABDOMEN/surgery 2.LIPECTOMY 3.SKINFOLD THICKNESS 4.QUALITY OF LIFE 5.MORBID OBESITY 6. OBESITY 7.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 vida¹. Isso estimulou o surgimento de novos tratamentos clínicos e cirúrgicos para a obesidade.

Os pacientes portadores de obesidade mórbida, com índice de massa corpórea igual ou superior a 40 quilogramas por metro quadrado, que são tratados pelo método cirúrgico conhecido, genericamente, como cirurgia bariátrica, apresentam grande perda ponderal e têm como resultado uma dismorfia corporal caracterizada por grandes redundâncias dermogordurosas, freqüentemente associada à dificuldade na higiene pessoal e deambulação, bem como, maior incidência de infecções cutâneas.

A cirurgia plástica pós-obesidade mórbida melhora a auto-estima e diminui os problemas relacionados à saúde desses pacientes, que podem voltar a ser membros produtivos na sociedade.²

Para esses pacientes ex-portadores de obesidade mórbida, 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. Naqueles pacientes com excessos dermogordurosos na região do abdome anterior e flancos, associados à ptose da região glútea, a

abdominoplastia circunferencial tem demonstrado ser uma solução cirúrgica eficaz.³

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

Apesar dos trabalhos na literatura, que avaliam a adaptação do indivíduo ao meio em que vive ou a qualidade de vida, relacionados a diversos tratamentos cirúrgicos, não se encontrou dados específicos que avaliassem as alterações da qualidade de vida em pacientes submetidos à abdominoplastia circunferencial.

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-facial⁴. 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 diminui⁵. 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.²

O 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 natural sedentarismo destes pacientes.

Não há como esquecer as manifestações da sexualidade, que reduzidas durante a obesidade, ficam seriamente comprometidas após o tratamento devido aos grandes “aventais” dérmicos abdominais que se acumulam à frente da região pubiana e genitália.

Alguns pacientes portadores de obesidade mórbida podem desenvolver infecções crônicas recorrentes do panículo adiposo, abscessos, fístulas e paniculite isquêmica. O panículo adiposo pode apresentar um ciclo vicioso, em decorrência de infecções crônicas e, que tem na ressecção cirúrgica a indicação do melhor tratamento. A irreversibilidade do quadro com tratamento clínico indica, como único tratamento, a dermolipectomia higiênica, onde a ressecção deve ser realizada em forma de cunha, sem descolamento do tecido adiposo.⁶

Uma vez emagrecido e com as doenças associadas controladas, o paciente busca possíveis correções do seu esquema corporal, procurando maior proximidade com sua imagem corporal, que permitam 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 ter retração da pele suficiente e apresentarem aparência aceitável, não necessitando da cirurgia plástica. Por esse motivo, a cirurgia do contorno corporal deve ser indicada após, no mínimo, 12 meses de peso corporal estável, após a ocorrência da máxima retração cutânea.^{5,7}

A grande perda ponderal resulta em redundâncias de pele em braços, mamas, abdome, membros inferiores, tórax e face. Os tipos de cirurgias e a seqüência dos procedimentos devem ser discutidos com os pacientes, tentando-se otimizar o tempo cirúrgico total e associando os procedimentos, levando-se em consideração o tempo de anestesia a que o paciente será submetido.⁸

Os pacientes portadores de obesidade mórbida, após emagrecimento decorrente de cirurgias bariátricas desabsortivas-restritivas enquadram-se, segundo Baroudi^{9,10}, como dismorfias tipo IV, isto é, grandes dobras cutâneas nas regiões dos flancos, abdome e gluteotrocantéricas, sem elasticidade, e pequena espessura de tecido adiposo, relativamente.

Para muitos desses pacientes, a abdominoplastia clássica transversa anterior¹¹ promove resultados insatisfatórios, pois grandes excessos cutâneos mantêm-se nas regiões dos flancos. A abdominoplastia combinando incisões transversais e longitudinais^{12,13}, conhecida como abdominoplastia “em âncora”, trata os excessos da região anterior, porém não atinge a região abdominal posterior e flancos, e resulta em cicatriz longitudinal inestética.

Deve-se ressaltar que os procedimentos bariátricos tendem a ser cada vez mais realizados por via laparoscópica, não resultando em incisão longitudinal na parede anterior do abdome.

As dismorfias corporais em pacientes que apresentaram perda ponderal igual ou superior a 30%, freqüentemente, não podem ser corrigidas satisfatoriamente através das técnicas clássicas de abdominoplastia. As redundâncias cutâneas na região dos flancos podem ser acentuadas após a realização das abdominoplastias clássicas transversas infraumbilicais, havendo a necessidade de estender a ressecção cutânea até abdome posterior.¹⁴

Quando existe esta necessidade de prolongar lateralmente as incisões transversas, até o dorso, isto é, até a projeção da coluna vertebral, inclui-se todo o perímetro do abdome, caracterizando assim, o que se denomina abdominoplastia circunferencial. Com este procedimento, obtêm-se grandes benefícios, como a melhor distribuição dos tecidos remanescentes, após a retirada dos excessos dos flancos, proporcionando diminuição da circunferência abdominal e suspensão da região glútea. Outra vantagem que este procedimento proporciona, é a proscrição da incisão vertical, que geralmente se alarga e não pode ser ocultada sob os trajes de banho convencionais.^{3,14,15} Em muitos pacientes que apresentam incisão longitudinal mediana proveniente da cirurgia para tratamento da obesidade ou naqueles que apresentam excessos dermogordurosos na região epigástrica, existe a necessidade de se indicar a abdominoplastia circunferencial composta com incisão longitudinal, em forma de “âncora” ou “T invertido”, para obtenção de resultado satisfatório.

Para a avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à abdominoplastia circunferencial, optou-se pela análise do critério adaptativo, que permite avaliação do funcionamento de um organismo, quer em relação a si mesmo, quer em relação a seu ambiente, segundo a adequação do conjunto de respostas que o sujeito apresenta para satisfação de suas necessidades. Para tanto, foram realizadas entrevistas psicológicas semidirigidas¹⁶, analisadas conforme o protocolo da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - EDAO, reconhecido no Brasil e adaptado à população brasileira.¹⁷

2. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi coletar informações, através de entrevistas psicológicas semidirigidas, de pacientes ex-portadores de obesidade mórbida, que sofreram redução do peso corpóreo após realização de cirurgia desabsortiva-restritiva, e posteriormente, foram submetidos à abdominoplastia circunferencial.

O trabalho teve a finalidade de avaliar como a cirurgia plástica afetou a vida dos pacientes que, após tratamento cirúrgico da obesidade e grande perda ponderal, foram submetidos à abdominoplastia circunferencial para ressecção dos excessos dermogordurosos nas regiões abdominal anterior e flancos, bem como a melhora do contorno corporal.

A avaliação das alterações na qualidade de vida desses pacientes utilizou o critério adaptativo nos aspectos afetivo-relacional, profissional, social e orgânico.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. OBESIDADE

A Organização Mundial da Saúde - OMS define obesidade como sendo o aumento do peso corporal, excetuando estrutura esquelética e física, como resultado do acúmulo excessivo de gordura no corpo.¹

A obesidade atinge taxas globalmente epidêmicas, com mais de um bilhão de adultos com sobrepeso e, ao menos, 300 milhões de indivíduos clinicamente obesos. 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. O aumento no consumo de alimentos hipercalóricos, pobres em nutrientes e ricos em açúcares e gorduras saturadas, combinado com a diminuição de atividades físicas e subsequente sedentarismo, vem elevando as taxas de obesidade a níveis alarmantes desde a década de 80 em algumas áreas da América do Norte, Reino Unido, Europa Ocidental, Oriente Médio, Ilhas do Pacífico, Oceania e China. A obesidade epidêmica não é restrita às sociedades industrializadas. Atualmente, este aumento ocorre mais rapidamente nos países em desenvolvimento, do que nos países desenvolvidos.¹

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. As conseqüências 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

Historicamente, o conceito de beleza e contorno corporal apresenta variações conforme a época em que são avaliadas. Na Antigüidade, 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.⁸ Mulheres moderadamente obesas ainda são consideradas muito atrativas em algumas civilizações.¹⁸

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.²

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.¹⁹

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 quantificar e qualificar 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, como regra, 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 .⁸

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 risco maior de morbidade e mortalidade, dadas as co-morbidades que o aumento de volume corpóreo determinam, 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 à complicações durante a gravidez, irregularidade menstrual e

alterações psicológicas que envolvem o próprio indivíduo e também seu relacionamento pessoal, familiar e profissional.²⁰

O fator econômico é muito importante. 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 de aumento da expectativa de vida nos pacientes operados e o retorno ao trabalho e às suas atividades e, em alguns casos, removendo o paciente da assistência médica pública.⁸

Estimava-se, em 1984, que aproximadamente 9.000.000 de pessoas nos Estados Unidos da América fossem portadores de obesidade mórbida.

A prevalência de obesidade nos Estados Unidos da América para indivíduos com índice de massa corpórea (IMC) $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ e $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ são 8,0% e 2,8%, respectivamente. O risco relativo de mortalidade é maior para indivíduos com IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$.^{21,22}

A Organização Mundial de Saúde estima em mais de um bilhão de indivíduos adultos com sobrepeso e, ao menos, 300 milhões de obesos.

No Brasil, estudos estatísticos de razoável confiabilidade estimam que o número de obesos mórbidos adultos ultrapassa um milhão de indivíduos.

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,

uso de hormônios tireoidianos 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 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 co-morbididades, existe a indicação do tratamento cirúrgico da obesidade através das chamadas cirurgias bariátricas, que podem ser classificadas em cirurgias restritivas, desabsortivas ou restritivas-desabsortivas.

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; e a gastroplastia vertical, em que ocorre diminuição do compartimento gástrico, excluindo-se o fundo e parte do corpo do estômago, sendo que o volume gástrico fica restrito ao antro.

As cirurgias desabsortivas 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 ²³, por exemplo, apresenta como desvantagens a intensa diarreia osmótica e a perda excessiva de eletrólitos e líquidos.

As cirurgias mais utilizadas no tratamento da obesidade são as cirurgias desabsortivas-restritivas que associam os métodos desabsortivos 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 Capella-Fobi ²⁴⁻²⁷, onde procede-se a gastroplastia restritiva através da diminuição do compartimento gástrico, excluindo todo fundo e parte do corpo do estômago, associado ao desvio e diminuição de trânsito intestinal através de um “Y de Roux”. Segundo alguns autores, esta técnica seria a mais adequada. ²⁸⁻³⁰

3.2. ABDOMINOPLASTIAS

A ressecção de panículo adiposo abdominal foi descrita pela primeira vez por Demars e Marx ^{31,32} em 1890, na França, associada à correção de grande hérnia umbilical.

Kelly ³³, obstetra do Hospital Johns Hopkins, considerado pai da abdominoplastia, publicou a lipectomia abdominal em 1899, sempre associada a outro procedimento cirúrgico, não importando se havia a manutenção da cicatriz umbilical. A técnica era composta de excisão fusiforme transversa do componente dermogorduroso, com a incisão superior localizada acima da cicatriz umbilical, e a incisão inferior com posicionamento variável. Em 1910, Kelly ³⁴ publicou artigo que demonstrava, pela primeira vez, a lipectomia abdominal com fins estéticos.

Muitas alterações táticas e novas técnicas foram desenvolvidas ao longo dos anos, tendo como principais alterações o tratamento da aponeurose dos músculos abdominais anteriores, forma e posicionamento da cicatriz resultante e exteriorização da cicatriz umbilical.

A abdominoplastia com incisão transversa infra-umbilical foi primeiramente descrita por Callia³⁵ em 1961, durante o VII Congresso Brasileiro de Cirurgia, no Rio de Janeiro. A demarcação da incisão inferior consistia de linha arqueada com a concavidade voltada cranialmente e posicionada 2 cm abaixo das pregas inguinais. A demarcação da incisão superior em linha arqueada com a concavidade voltada caudalmente, tangenciando a porção superior da cicatriz umbilical. Posteriormente, Callia³⁶ defendeu, em 1965, tese de doutoramento pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, analisando 200 pacientes operados pela técnica por ele descrita.

Pitanguy¹¹, em 1967, publicou técnica semelhante, exceto pela demarcação e cicatriz resultante arqueada com a concavidade voltada para baixo. Demonstrou a técnica através da análise de 300 abdominoplastias realizadas, indicando a dermolipectomia abdominal para fins estéticos.

Regnault³⁷, em 1975, descreveu alterações na demarcação das incisões e, conseqüentemente, na cicatriz resultante, conhecida como abdominoplastia em “W”, focando tanto o lado estético como o funcional. Porém a técnica utilizada até os dias atuais baseia-se fundamentalmente na técnica de Callia.^{35,36}

Grazer ³⁸, em 1980, já descrevia a abdominoplastia em pacientes após intensa perda ponderal, como procedimento estético e funcional. Funcionalmente, as grandes dobras dérmicas nos sulcos abdominal inferior e inframamário dificultavam a realização de higiene eficaz e favoreciam o aparecimento de intertrigo, impossibilitando o uso de vestimentas para a realização de determinadas atividades físicas.

Savage ³², em 1982, dividiu em três categorias os pacientes candidatos a abdominoplastias. Os indivíduos com dermatocalásio e estrias secundários à múltiplas gravidezes acompanhados de ganho de peso; pacientes obesos com acúmulos gordurosos sobre o pube, acompanhados de hérnia ventral; e pacientes submetidos a cirurgias múltiplas, que apresentavam múltiplas cicatrizes, podendo estar associadas a hérnias.

Pacientes submetidos à derivação gastrointestinal para perda de peso poderiam apresentar os três critérios, pois teriam aventais dérmicos com excesso de panículo adiposo, hérnias da parede abdominal e, por fim, cicatrizes provenientes de procedimentos intra-abdominais realizados com certa frequência nesse tipo de paciente. ³²

Davis ⁸, em 1984, descreveu que em alguns casos de abdominoplastias, em pacientes após grandes perdas ponderais, com cicatriz umbilical de pedículo muito longo e hérnia incisional associada, poder-se-ia remover a cicatriz umbilical.

Como os pacientes com intensa perda ponderal apresentavam excessos dermogordurosos distribuídos em vários segmentos corpóreos, os procedimentos cirúrgicos poderiam ser associados, com a finalidade de

otimizar o uso da sala cirúrgica e diminuir a exposição do paciente à anestesia geral, desde que realizados em ambiente adequado ^{9,46}. Em contradição ao encontrado na literatura atinente, Hauben ³⁹ propôs, em seu artigo, que todos os procedimentos necessários para melhoria do contorno corporal deveriam ser realizados em tempo único.

Mühlbauer ¹⁸ apresentou, em 1989, suas indicações para a realização de abdominoplastias, tais como, pele redundante após perda ponderal por dieta, colocação de balão intragástrico, cirurgias do aparelho digestivo para perda de peso; estigma da síndrome pós-gravídica, onde se pode observar a presença de pele redundante, estrias, flacidez da parede abdominal e diástase de músculos retos abdominais; tecido adiposo localizado em abdome e flancos; indivíduos com obesidade generalizada resistentes ao tratamento conservador ou com alto risco para derivação cirúrgica.

Como definido por Baroudi ^{10,40}, as distrofias da região abdominal e flancos foram classificadas em quatro grupos. No grupo 1, onde os pacientes apresentavam depósitos adiposos localizados, sem flacidez cutânea, apenas a lipoaspiração estaria indicada; no grupo 2, representado geralmente por indivíduos com idade igual ou superior a 35 anos, que apresentavam depósitos gordurosos localizados e pequena flacidez cutânea, dentro dos limites da normalidade, a lipoaspiração deveria ser realizada em uma ou mais sessões; para os pacientes do grupo 3, que apresentavam excesso cutâneo associado à depósitos gordurosos, seria indicada cirurgia com ressecção dos excessos associada à lipoaspiração para refinamento dos resultados. Porém, o grupo que representava as deformidades causadas

pela obesidade mórbida, eram os pacientes do grupo 4, que apresentaram intensa perda ponderal. Nesses pacientes existia grande excedente cutâneo associado a pouco tecido adiposo, relativamente.

A indicação nos pacientes classificados como grupo 4 era a abdominoplastia convencional com ressecção dos excedentes de pele. No entanto, a abdominoplastia clássica, descrita por Callia, mantinha no pós-operatório, excessos cutâneos nas extremidades da cicatriz. Para correção das “orelhas cutâneas”, a incisão deveria se estender posteriormente, em direção à coluna vertebral, acometendo as regiões trocantéricas.

O primeiro relato de abdominoplastia que envolvia toda circunferência abdominal data de 1940, através da descrição de Somalo.⁴¹

Em 1961, Gonzalez-Ulloa⁴² descreveu a lipectomia da cintura, ou seja, a lipectomia da região lateral do abdome.

Antes do advento da lipoaspiração, Pitanguy⁴³, em 1964, descreveu a suspensão da face interna e lateral das coxas, através de incisão direta sobre a região trocantérica para ressecção dos acúmulos dermogordurosos.

Baroudi⁹, um dos pioneiros em cirurgia do contorno corporal, publicou diversos trabalhos sobre cirurgia plástica da região abdominal, região trocantérica e flancos. Primeiramente descreveu as diversas cirurgias para o contorno corporal e suas indicações. Descreveu, posteriormente, o tratamento cirúrgico da região de flancos e denominou flancoplastia.¹⁰ Em 1991, elaborou uma classificação das deformidades de tronco relacionando-as ao respectivo tratamento cirúrgico associado ou não à lipoaspiração.⁴⁰

Em 1991, Lockwood ¹⁵ afirmou que a cirurgia de suspensão da região trocantérica e glúteos, descrita por Pitanguy, não era procedimento que deveria ser realizado freqüentemente, pois resultava em cicatrizes com posicionamento inestético, recidiva precoce da deformidade, contorno não natural, significativo número de complicações, longo período intra-operatório e período prolongado de afastamento dos pacientes de suas atividades habituais. Descreveu procedimento semelhante ao descrito por Pitanguy, com alterações técnicas onde realizava suspensão e fixação da fáscia superficial, para a manutenção dos resultados, e demarcava a incisão para que a cicatriz resultante ficasse posicionada dentro da área camuflada pelo traje de banho, e o denominou de suspensão transversa dos flancos, coxas e glúteos.

Lockwood ⁴⁴, em 1995, introduziu a técnica da abdominoplastia com excessiva tensão lateral, na qual ressecava maior quantidade de pele nas extremidades da cicatriz, promovendo tensão exagerada na sutura final. Com este detalhe técnico, obtinha contorno esteticamente balanceado, o que não era possível com a abdominoplastia transversa clássica. Relatou que o rejuvenescimento do tronco em toda sua circunferência, regiões inguinais, terços superiores das coxas e glúteos ocorria com esses procedimentos em graus variáveis.

Segundo Lockwood ^{45,46}, melhores resultados para a correção da ptose acentuada dos glúteos e flacidez das coxas seriam obtidos com a abdominoplastia estendida até as linhas axilares posteriores. No entanto, para resultados mais significativos da correção de ptose glútea e flacidez

das coxas, a abdominoplastia era combinada à suspensão transversa de flancos, coxas e glúteos, o que foi denominado de suspensão corporal inferior. Esse procedimento acentuaria a flacidez medial das coxas, necessitando, posteriormente, a realização de suspensão da face interna das coxas.

Acreditando que as deformidades abdominais decorrentes da perda ponderal acima de 30 % não eram adequadamente corrigidas com as técnicas convencionais de abdominoplastias, Carwell e Horton ¹⁴, em 1997, descreveram a torsoplastia circunferencial, procedimento cujas demarcações foram elaboradas por Horton, para a correção das deformidades residuais do tronco com especial atenção ao abdome, flancos e redundâncias da região trocantérica e glúteos. Todos os pacientes eram do sexo feminino e submetidos à cirurgia bariátrica para a perda de peso, que variou entre 30 e 81 quilogramas. O período médio entre as cirurgias bariátricas e as cirurgias plásticas foi de 18 meses. As pacientes foram demarcadas em posição ortostática. O início da cirurgia ocorria com as pacientes em decúbito ventral horizontal e, após a síntese das incisões e com auxílio de outra mesa cirúrgica, as pacientes passavam para decúbito dorsal horizontal, realizando a fase anterior do procedimento, sem elevação do dorso ou das pernas. Com isso, evitava tensão na sutura da região dorsal. Após o descolamento supra-aponeurótico até o gradeado costal, realizava a plicatura da aponeurose abdominal. As linhas das incisões foram infiltradas com solução salina associada à adrenalina. O descolamento tecidual era limitado e a hemostasia, rigorosa. As peças cirúrgicas variaram entre 3800 e 7000

gramas, e o tempo cirúrgico, entre 4 e 6 horas. As complicações descritas foram a deiscência de sutura parcial na região posterior e seroma. A primeira foi solucionada com ressutura após quatro dias, e a outra, com duas punções realizadas ambulatorialmente. Relata ainda, a satisfação dos pacientes quanto aos resultados estéticos e melhora postural.

Gonzalez e Guerrerosantos ⁴⁷ descreveram em 1997, procedimento denominado de torsoabdominoplastia de plano profundo combinado à pexia dos glúteos, onde a demarcação da ressecção cutânea era realizada com o paciente em posição ortostática. Suspendiam manualmente a pele e o tecido celular subcutâneo da região lateral do abdome, demarcando a incisão lateral sobre a crista ilíaca ântero-superior de ambos os lados. A incisão anterior infraumbilical era feita após pinçamento manual da pele e tecido celular subcutâneo do terço inferior do abdome em direção cranial. Estes pontos delimitavam a incisão abdominal infraumbilical em forma de “V”, com retalhos desepidermizados que fixados, serviriam como suspensão. A incisão posterior era demarcada através de manobras de pinçamento, com a cicatriz sendo posicionada sobre as espinhas ilíacas póstero-superiores. Os retalhos das aponeuroses dos músculos oblíquos externos e retos foram divididos em três terços, tracionados e fixados medial e superiormente, promovendo a forma de um corpete, e proporcionando grande acinturamento. Contra-indicavam esta cirurgia para pacientes obesos mórbidos, pois os resultados eram pouco satisfatórios.

Em 2002, Pascal e Louarn ⁴⁸ publicaram artigo sobre procedimentos de suspensões corporais, como sendo eficientes no tratamento corporal de

pacientes com maciça perda ponderal e conseqüentes sobras cutâneas. Posteriormente realizaram esses procedimentos com indicação estética. Eram cirurgias pouco realizadas por terem tempo cirúrgico prolongado, serem fatigantes para a equipe cirúrgica e que resultavam em extensas cicatrizes. Demonstraram a experiência adquirida com 40 pacientes operados em período de 24 meses. O objetivo do trabalho foi, além de demonstrar a experiência da equipe, como o tempo cirúrgico poderia ser encurtado e como as cicatrizes deveriam posicionadas por demarcações pré-operatórias precisas. Na demarcação lateral, a incisão superior era posicionada conforme o traje de banho utilizado pelo paciente, tendo o cuidado de manter sem tensão as regiões das cristas ilíacas ântero-superiores, pois estas eram as zonas de maior tensão no final da síntese. Conforme os autores, a incisão superior seria a localização da cicatriz final, podendo ser posicionada até aproximadamente 2 cm no sentido caudal, após a síntese, por forças da tensão cutânea. Na demarcação dorsal, a incisão inferior tinha formato arciforme, em cada glúteo, com a concavidade voltada cranialmente e com ponto central na extremidade superior do sulco interglúteo. A incisão superior era demarcada através de manobra de pinçamento. Na demarcação abdominal anterior, iniciavam com incisão 7 cm acima da extremidade superior da fenda vulvar e estendiam entre 5 e 7 cm lateralmente. Uniam-se as incisões inferiores dorsal e abdominal e a incisão superior não era demarcada, definindo a quantidade de tecido a ser ressecado durante o ato cirúrgico.

Descreveram retalho em forma de semi-círculo, composto por tecido desepidermizado dentro da demarcação da peça a ser ressecada, o qual era posicionado, abaixo do tecido dermogorduroso dos glúteos, que seriam suspensos após a síntese posterior. Relataram ter usado este tipo de retalho em 60% dos pacientes operados. Como intercorrências, descreveram cicatriz hipertrófica e seroma. Não ocorreram problemas tromboembólicos nos pacientes operados.

Modolin e cols.³, em 2003, relataram procedimento cirúrgico denominado de abdominoplastia circunferencial, com algumas alterações técnicas em relação aos procedimentos anteriormente descritos por Carwell¹⁴ e Pascal.⁴⁸ Em 12 pacientes, este tipo de tratamento foi utilizado, após tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Houve melhora do contorno corporal, estímulo à deambulação, melhora postural, melhor integração psicológica e social, facilitação da higiene pessoal e melhora no relacionamento sexual.

Hurwitz ⁴⁹, em 2003, analisou retrospectivamente o tratamento do contorno corporal total em pacientes com perda maciça de peso, através de dois procedimentos realizados em tempos distintos, quais sejam, suspensão corporal inferior e superior. A suspensão corporal inferior consistia da associação de abdominoplastia circunferencial e suspensão medial das coxas, e a suspensão corporal superior associava mastoplastia, braquioplastia e abdominoplastia reversa em quase toda circunferência torácica, com as cicatrizes resultantes parcialmente cobertas pelo sulco inframamário. Realizou suspensão corporal total, em tempo único,

associando suspensão corporal inferior e superior. Concluiu que este tipo de procedimento foi um avanço no tratamento do contorno corporal, estando bem indicado em pacientes selecionados e que fossem operados por equipe experiente.

3.3. QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida é definido pela Organização Mundial de Saúde – OMS como sendo “a percepção do indivíduo da sua posição na vida do contexto do sistema cultural e de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.¹

Existe crescente preocupação em como avaliar e quantificar a efetividade dos tratamentos médicos, devido ao alto custo e às diversas formas de tratamento. Embora, tradicionalmente, a Medicina tenha centrado sua avaliação de resultados na perspectiva do médico e numa única dimensão (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 e custo do tratamento.

A avaliação da qualidade de vida vem crescendo em importância na literatura médica. 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.⁵⁰

A avaliação da qualidade de vida vai além das medidas clássicas de sintomas, limitações ou disfunções. Os métodos atuais de avaliação de qualidade de vida derivam principalmente de três áreas de pesquisa: felicidade, indicadores sociais e padrão de saúde.

Felicidade foi bem definida nos anos 50 e tornou-se claro que não envolve apenas sentimentos positivos, como controle interno, desempenho, apoio social e extroversão; devendo ser incluídos conceitos negativos, como estresse, depressão e neuroticismo.⁵¹

Indicadores sociais refletem o interesse dos estudiosos sociais nos determinantes econômicos e sociais de bem estar, levando em consideração o PIB – Produto Interno Bruto, para comparar diferentes padrões de vida em diferentes países. Nos anos 50, o termo qualidade de vida foi introduzido pela primeira vez neste contexto.

Padrão de saúde era tradicionalmente medido pela taxa de mortalidade e pela expectativa de vida de uma população e tornou-se relevante a partir da definição de saúde pela OMS como “estado de bem-estar completo, físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Como, nos anos 50, a taxa de mortalidade atingiu estabilidade nos países ocidentais, passou a não ser mais medida sensível na diferenciação de padrão de saúde. Por outro lado, devido à crescente proporção de indivíduos com doença crônica e desenvolvimento de

tecnologias médicas que diminuía dor e desconforto, sem estender a vida, outras medidas sensíveis eram necessárias. Isto resultou em índices de padrão de saúde, integrados e abrangentes, descritos no final da década de 70, como: Sickness Impact Profile, The Nottingham Health Profile e SF-36. A partir desta época, qualidade de vida representaria o efeito da doença e de seu tratamento sobre a habilidade do paciente em funcionar nas circunstâncias do cotidiano.

Apesar do aumento no número de citações literárias visando analisar qualidade de vida, nenhuma abordagem unificada foi obtida e pouca concordância existe em relação ao que significa qualidade de vida.

Além das definições da OMS, outras definições de qualidade de vida surgiram. Gill e Feinstein⁵² consideraram que qualidade de vida “ao invés de ser uma descrição do padrão de saúde de um paciente, é o reflexo da maneira que ele percebe e reage ao seu padrão de saúde e de outros aspectos não médicos em sua vida”. Callman⁵³ definiu qualidade de vida como a diferença entre as expectativas do paciente e as suas realizações, isto é, quanto menor fosse a diferença, maior seria a qualidade de vida.

A maioria das definições de qualidade de vida enfatiza a percepção do paciente e, em segundo plano, a multidimensionalidade do conceito. A ênfase na percepção do paciente, permite diferenciar de “padrão de vida”, aquilo que se refere à avaliação estritamente objetiva, independentemente da percepção do indivíduo. A ênfase na multidimensionalidade é ilustrada no caso do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, em que seis domínios são avaliados, o físico, o

psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, o meio ambiente e a espiritualidade.

Uma vez que a maioria dos conceitos considera qualidade de vida como sendo uma avaliação subjetiva (do paciente), de realidades objetivas (do próprio paciente, das pessoas e do ambiente); é importante definir quais os modelos teóricos que relacionam condições objetivas com percepções subjetivas.

A cirurgia plástica tem importante impacto sobre a auto-imagem. 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. As cirurgias do contorno corporal dependem 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 estar psicologicamente estável.²

Vários modelos de compreensão da qualidade de vida foram propostos, embora poucos dados empíricos, que tendem a adequar estes modelos, tenham sido gerados. Os modelos desenvolvidos devem ser estipulados para determinados dados da avaliação. Alguns modelos teóricos foram propostos, como o modelo de satisfação, o modelo combinando de importância e satisfação, o modelo do funcionamento, e o modelo dinâmico, dentre outros.

Os instrumentos para avaliar a qualidade de vida podem ser classificados em três categorias, quais sejam, os que avaliam qualidade de vida geral, qualidade de vida ligada à saúde e qualidade de vida ligada a doença específica.⁵⁴

A qualidade de vida geral, é derivada de um referencial social e preocupa-se de forma ampla e igualitária com os diferentes componentes do constructo qualidade de vida, nos diferentes grupos, sociedades e culturas. Esta categoria fornece elementos para se compreender as motivações, desejos, oportunidades e recursos disponíveis para a satisfação e o bem-estar do indivíduo, e a satisfação do indivíduo em relação às suas realizações. Exemplo deste grupo é o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), composto por seis domínios, o físico, o psicológico, o nível de independência, as relações sociais, o meio ambiente e a espiritualidade. Outros exemplos são: Community Adjustment Form (CAF), Quality of Life Checklist (QLC), Quality of Life Questionnaire (OQOLQ), Client Quality of Life Interview (CLQI), Quality of Life Interview Scale (QOLIS), entre tantos

outros desenvolvidos nos anos 80 e 90, e que também são extremamente úteis na avaliação de programas de saúde.

A qualidade de vida ligada à saúde, enfatiza o impacto específico que a prevenção ou tratamento de uma doença têm no “valor de estar vivo”. A qualidade de vida ligada à saúde focaliza o padrão funcional e o senso de bem-estar, mas apenas dentro das dimensões cobertas por aspectos diretamente relacionados à saúde. Os principais representantes deste grupo são: Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, Medical Outcomes Study-Short Form (MOS SF-36) e Quality of Well-Being.

A qualidade de vida ligada a doença específica, enfoca aspectos específicos de determinada doença em relação à qualidade de vida.

Como existem muitos métodos descritos na literatura para quantificar e qualificar a adaptação de um indivíduo, optou-se por um método que quantifica a adaptação através da adequação desse indivíduo a uma nova situação. Para fins científicos, o método deve ser reconhecido e adaptado à população estudada.

Adaptação é definida como o conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização compatível com a vida. Enquanto há vida, infere-se que exista algum modo de adaptação. Considerando o modelo biológico para a definição de adaptação, não se aceita a dicotomia adaptado e não adaptado, aplicado a seres vivos. Não adaptado é sinônimo de morto, nessa acepção.

A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, de agora em diante denominada de EDAO, é uma escala diagnóstica elaborada no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo, setor de Saúde dos Alunos, e publicada em 1989.¹⁷

O critério adaptativo é tido como princípio norteador da EDAO por diversas razões. A adaptação aparenta ser o melhor enfoque para se avaliar o funcionamento de um indivíduo em relação a si mesmo ou ao seu ambiente. Todo comportamento tem um significado adaptativo visando um fim consciente ou inconsciente. Para alcançar seus fins adaptativos, o indivíduo precisa integrar seus diversos sistemas e o fará com variável grau de consistência.

As variações na integração dos sistemas e coerência com seus fins permitirão uma classificação qualitativa da adaptação. À partir do comportamento, que é observável ou comunicável, pode-se intuir sobre o estado de integração dos vários sistemas, quais sejam, intelectual, afetivo, conativo e anátomo-fisiológico, bem como da coerência com seus fins de melhor sobrevivência, e tirar conclusões sobre a adaptação global do indivíduo no âmbito biopsicossocial.

A adaptação é avaliada segundo a adequação do conjunto de respostas que o indivíduo apresenta para satisfazer suas necessidades.

Adequação é a resposta a um problema, que permite a obtenção de resultado útil, conforme determinado esforço. A adequação pode ser quantificada através de um quociente, onde o resultado útil seria o numerador e o denominador seria o gasto de energia psíquica. Conforme

Simon ¹⁷, as respostas à adequação podem ser: adequadas, pouco adequadas ou pouquíssimo adequadas.

As dificuldades psicológicas relacionadas à auto-imagem no indivíduo obeso são bem conhecidas. Diferentemente do que é denominado popularmente de “obeso feliz”, este apresenta alta incidência de ansiedade e depressão. ⁵⁵

É evidente que o paciente obeso sofre certo tipo de discriminação, e estudos revelam melhora na adaptação psicológica após perda de peso decorrente da cirurgia bariátrica. Kral ⁵⁶ e Sullivan ⁵⁷ encontraram melhora e estímulo na interação social, do relacionamento no ambiente de trabalho, emocional, recreacional, deambulação e atividades físicas.

Doward e Mckenna ⁵⁸, em revisão a respeito de citações do termo “qualidade de vida”, e observaram que entre 1965 e 1974 havia 64 citações, enquanto que entre 1991 e 1996, o termo apresentou 8136 citações.

Karnofsky e Buchenal ⁵⁹ foram os precursores, ao proporem um parâmetro não fisiológico, como morbidade ou mortalidade, para as avaliações de qualidade de vida em pacientes tratados de câncer, embora não baseados na avaliação dos próprios pacientes.

As seqüelas decorrentes da perda de peso, como as grandes sobras dermogordurosas remanescentes, que freqüentemente acompanham as cirurgias bariátricas, também continuariam a impedir a melhora da auto-imagem. ³²

Em 1987, Lanier e cols. ⁶⁰, em publicação de 50 casos de cirurgias plásticas realizadas em pacientes com perda ponderal maior que 100 libras,

verificou que os mesmos realizaram 75 cirurgias. A perda ponderal média foi de 126 libras em 28 mulheres e 22 homens. Foram realizadas 24 abdominoplastias, 18 ritidoplastias, dez mastoplastias redutoras, oito blefaroplastias, oito mastopexias, cinco suspensões de coxas e duas braquioplastias. A média de internação foi de 5,3 dias e o seroma foi a intercorrência mais freqüentemente encontrada (42%) nos pacientes que realizaram abdominoplastias.

O questionário de avaliação foi respondido por 48 pacientes, obtendo 96% de taxa de respostas. Verificaram que 39 pacientes (82%) relataram que a cirurgia plástica melhorou a auto-estima e 35 pacientes (72%) afirmaram que as cirurgias para a melhora do contorno corporal não estimularam a manutenção da perda de peso.

Mladick ⁶¹, em 1991, descreveu procedimentos cirúrgicos para melhora do contorno corporal, afirmando que os objetivos são individualmente definidos para cada tipo de paciente e deformidade. Os candidatos do sexo masculino necessitavam de avaliação psicológica pré-operatória, caracterizando e dando a real importância ao tipo de deformidade, muitas vezes supervalorizada pelo paciente, e orientando quanto ao tipo de tratamento e motivos ou não da indicação cirúrgica.

Em 1991, Young e Freiberg ⁶² realizaram trabalho envolvendo amostra de 26 pacientes portadores de obesidade mórbida, classificados como tendo o dobro do peso corporal considerado ideal. Dos 26 pacientes, sendo 25 do sexo feminino e um do sexo masculino, nove pacientes realizaram derivação e 17, partição gástrica. Todos os pacientes

apresentavam peso corporal estável por no mínimo, seis meses. As abdominoplastias foram realizadas pela técnica em “W” descrita por Regnault.³⁷

Onze pacientes, que responderam ao questionário formulado, apresentaram acompanhamento médio de 20,5 meses. Seis pacientes ficaram satisfeitos com os resultados, cinco tiveram algum tipo de insatisfação e um paciente afirmou que não faria novamente a cirurgia. Sete pacientes relataram que o estilo de vida melhorou, enquanto que quatro afirmaram que não houve mudança. Sete pacientes indicaram que as cicatrizes resultantes atenderam às expectativas, três não ficaram contentes e um ficou indeciso. Quatro pacientes apresentaram diminuição da sensibilidade em áreas próximas às cicatrizes, dois referiram dor e quatro apresentaram remanescentes de pele ou flacidez cutânea.

Classificaram os pacientes previamente à cirurgia em três grupos, quais sejam, aqueles que apresentavam flacidez cutânea e excesso de tecido gorduroso, os que apresentavam excessos de pele e tecido gorduroso, e aqueles que apresentavam excesso de pele localizada.

Trabalho descrito por Soundararajan e cols.⁶³ apresentou 15 pacientes portadores de obesidade mórbida que foram submetidos à gastroplastias verticais entre 1991 e 1994 e, após período de dois anos com peso estável, foram submetidos à abdominoplastias “em âncora”, combinando incisões transversal e longitudinal. Os pacientes foram avaliados 12 meses após a cirurgia plástica e ficaram satisfeitos com os resultados.

Bolton e cols.⁶⁴, em 2003, reconhecendo a crescente importância no estudo da auto-imagem e qualidade de vida relacionados à cirurgia plástica, publicaram trabalho prospectivo com 30 pacientes do sexo feminino submetidas à abdominoplastias, que foram avaliadas antes e aproximadamente dois meses após a cirurgia, através de testes como a sub-escala de avaliação da aparência do “Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire”, “Body Areas Satisfaction Scale” e “Body Exposure and Sexual Relations Questionnaire”. Como resultados, observaram melhora significativa da auto-imagem, incluindo mudanças positivas nas avaliações dos pacientes quanto à aparência, satisfação com a imagem corporal e facilitação na exposição corporal durante o relacionamento sexual.

4. MÉTODOS

4.1. SELEÇÃO DE PACIENTES

Selecionou-se para o presente estudo retrospectivo, 17 pacientes submetidos à abdominoplastia circunferencial, inscritos e acompanhados 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, através dos prontuários do serviço.

Todos os pacientes foram previamente avaliados através de história clínica minuciosa, exame físico, exames laboratoriais; além de avaliações cardiológicas e anestesiológicas, quando se fez necessário.

Todos os pacientes apresentaram grande perda ponderal após cirurgia bariátrica desabsortiva-restritiva pela técnica de Capella-Fobi.^{25,26} Foram submetidos à abdominoplastia circunferencial entre agosto de 2000 e janeiro de 2005. As cirurgias foram elaboradas pela mesma equipe cirúrgica, no mesmo nosocômio.

Os critérios de exclusão para o presente estudo consistiram na recusa do paciente em participar do mesmo, pacientes que emagreceram através de tratamento clínico, ou aqueles nos quais outra técnica cirúrgica que não a de Capella-Fobi foi utilizada.

Dezessete pacientes foram selecionados, excluindo-se um paciente da pesquisa, pois, na data da entrevista psicológica, não apresentou condições emocionais de realizá-la. Este seguiu em acompanhamento psicológico.

Todos os dezesseis pacientes foram do sexo feminino, com idade variando entre 26 e 54 anos, na data da cirurgia, com média etária de 40,12 anos. As abdominoplastias circunferenciais foram realizadas pela mesma equipe cirúrgica, entre agosto de 2000 e janeiro de 2005, totalizando um período de 53 meses. Das 16 cirurgias, cinco consistiram de abdominoplastias circunferenciais simples (ACS), somente com incisão horizontal circunferencial e onze, abdominoplastias circunferenciais compostas (ACC), com incisão horizontal circunferencial e longitudinal anterior (Figuras 1A-H e 2A-H).

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

Figura 1. Abdominoplastia circunferencial simples (ACS). Pré-operatório: A. Vista anterior, B. Oblíqua direita, C. Perfil direito, D. Posterior. Pós-operatório: E. Vista anterior, F. Oblíqua direita, G. Perfil direito, H. Posterior.

Figura 2. Abdominoplastia circunferencial composta (ACC). Pré-operatório: A. Vista anterior, B. Oblíqua direita, C. Perfil direito, D. Posterior. Pós-operatório: E. Vista anterior, F. Oblíqua direita, G. Perfil direito, H. Posterior.

Tabela 1. Dados referentes aos pacientes analisados

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)	Peso pós cirurgia plástica (Kg)	IMC pós cirurgia plástica (Kg/m2)
1 MGS	54	1,60	164	64,1	99	38,7	90	35,2
2 LSM	33	1,67	140	50,2	81	29,0	76	27,2
3 RHM	39	1,61	148	57,1	80	30,9	78	30,1
4 MERL	33	1,73	147	49,1	84	28,1	80	26,7
5 RSB	33	1,63	131	49,3	75	28,2	74	27,9
6 AG	44	1,54	117	49,3	82	34,6	73	30,8
7 MCSM	36	1,61	106	40,9	62	23,9	62	23,9
8 AMLRG	47	1,56	123	50,5	84	34,5	78	32,1
9 RMMS	26	1,65	138	50,7	75	27,5	77	28,3
10 MPC	31	1,75	165	53,9	90	29,4	85	27,8
11 EGC	46	1,52	134	58,0	74	32,0	70	30,3
12 RRA	41	1,69	99	34,7	97	34,0	96	33,6
13 CBF	43	1,54	195	82,2	89	37,5	86	36,2
14 MTML	36	1,72	128	43,3	79	26,7	75	25,4
15 CMFS	52	1,69	218	76,3	113	39,6	95	33,3
16 IGV	48	1,49	162	73,0	79	35,6	76	34,2

4.2. TÉCNICA CIRÚRGICA

A abdominoplastia circunferencial consistiu em prolongamento das incisões transversas no abdome, sobre as cristas ilíacas superiores, anteriores e posteriores, em direção ao dorso até a projeção da coluna (Figura 3A-B). A delimitação do tecido a ser ressecado foi realizada através de manobra bidigital de pinçamento, estando o paciente em posição ortostática.

Figura 3. Parâmetros anatômicos na demarcação da abdominoplastia circunferencial. A. Vista anterior. B. Vista posterior.

Com o paciente em posição ortostática, demarcou-se inicialmente a incisão posterior superior, formada por dois arcos na região do dorso, acima dos glúteos, com concavidade voltada para baixo que, unindo-se ao centro, formaram ângulo sobre a projeção da coluna com vértice voltado para baixo.

Através de manobra bidigital de pinçamento, para quantificar os excessos dermogordurosos, demarcou-se a incisão posterior inferior, simétrica e paralela à incisão superior, também com ângulo na região central com vértice voltado para baixo.

As incisões posteriores superior e inferior prolongaram-se em direção ao abdome anterior, passando sobre as espinhas ilíacas ântero-superiores, tendo entre as demarcações, o excesso cutâneo quantificado também por manobra bidigital de pinçamento.

A demarcação anterior da incisão inferior consistiu numa linha transversa no sulco abdominal inferior, arqueada com a concavidade voltada cranialmente, que passou pelo pube, 5 a 7 cm acima da rima vulvar. A incisão anterior superior foi realizada através de linha transversa, a fim de ressecar os excessos dermogordurosos, sempre que possível acima da cicatriz umbilical.

Desta forma, demarcou-se a área de ressecção dos excessos dermogordurosos, que se estendeu circunferencialmente por todo perímetro do tronco, delimitando a abdominoplastia circunferencial simples (ACS) (Figura 4A-D).

Em dez pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica por via aberta com incisão longitudinal, e/ou que apresentavam excessos cutâneos na região de epigástrico e mesogástrico, indicou-se a remoção dos excessos dermogordurosos através de incisão longitudinal, como uma abdominoplastia “em âncora”, o que denominamos de abdominoplastia circunferencial composta (ACC) com incisão longitudinal anterior (Figura 5A-D).

Figura 4. Demarcação da abdominoplastia circunferencial simples (ACS).

A. Vista anterior. B. Vista oblôqua direita. C. Vista de perfil direito. D. Vista posterior.

Figura 5. Demarcação da abdominoplastia circunferencial composta (ACC).

A. Vista anterior. B. Vista oblôqua direita. C. Vista de perfil direito. D. Vista posterior.

A cirurgia iniciou-se com o paciente em decúbito ventral horizontal, sob anestesia geral, incisando-se pele e tecido celular subcutâneo, nas demarcações prévias, até a fáscia da musculatura paravertebral dorsal. A hemostasia foi realizada com eletrocautério e, em vasos de maior calibre, através de ligaduras com fio de algodão número 3-0^{*}. A síntese foi feita em três planos: um plano profundo unindo a fáscia superficial e fixando à aponeurose dos músculos paravertebrais, com fio sintético inabsorvível de náilon monofilamentado número 2-0^{**}; um plano subdérmico, com pontos simples invertidos de fio absorvível de poliglecaprone número 3-0^{***}; e um plano intradérmico, com sutura contínua de fio absorvível de poliglecaprone número 4-0^{****}.

Concluída a síntese posterior, com cuidados rigorosos de assepsia, posicionou-se o paciente em decúbito dorsal horizontal e realizou-se a abdominoplastia com incisão transversa infraumbilical, descolamento supra-aponeurótico até o apêndice xifóide e plicatura músculo-aponeurótica, com pontos separados e invertidos de fio sintético inabsorvível de náilon monofilamentado número 2-0, para aproximação das bordas mediais dos músculos retos anteriores do abdome e correção de eventuais diástases. A hemostasia foi realizada à semelhança da região posterior, com eletrocautério e, em vasos de maior calibre, com ligaduras com fio de

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

** Mononylon 2-0, Ethicon, Johnson & Johnson.

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

**** Monocryl 4-0, Ethicon, Johnson & Johnson.

algodão número 3-0. Realizou-se, a seguir, a incisão anterior superior, ressecando-se o excesso dermogorduroso em monobloco.

Exteriorizou-se o umbigo e procedeu-se a síntese da ferida operatória, também em três planos, da mesma forma como na incisão dorsal. A opção cirúrgica sempre foi a de manter a cicatriz umbilical no local onde se encontrava previamente, mesmo que para isso houvesse a necessidade de encurtar seu coto de inserção. A derme do orifício criado para exteriorização da cicatriz umbilical foi fixada, com quatro pontos cardinais simples e invertidos de fio sintético inabsorvível de náilon monofilamentado número 3-0****, à aponeurose dos músculos retos abdominais, em quatro pontos ao redor da inserção da cicatriz umbilical. A sutura cutânea do umbigo ao retalho abdominal foi realizada com pontos simples separados de fio sintético inabsorvível de náilon monofilamentado número 5-0*****.

O descolamento supra-aponeurótico foi apenas o suficiente para a ressecção dos excessos, evitando-se assim, a formação de espaços mortos.

Utilizou-se a drenagem com sistema fechado a vácuo, com duas saídas que foram exteriorizadas na região supra-púbica, posicionando-se os drenos acima da aponeurose dos músculos abdominais em direção aos flancos. Aplicou-se curativo que consistiu numa primeira camada de compressas de gaze secas e, por sobre ela, oclusão com fitas adesivas cirúrgicas***** entrelaçadas, em múltiplas camadas. A malha elástica foi utilizada ao final do ato operatório, e vestida na paciente, antes do despertar.

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

***** Mononylon 5-0, Ethicon, Johnson & Johnson.

***** Micropore, 3M.

4.3. APLICAÇÃO DA ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA (EDAO)

As entrevistas psicológicas foram realizadas entre 20 de fevereiro de 2004 e 23 de maio de 2005, 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. No ato da entrevista, foi-lhes novamente explicado do assunto da pesquisa e o 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).

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.

Um roteiro de entrevista semidirigida 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.

A entrevista psicológica consistiu de 31 questões (Anexo C). As questões relevantes para a pesquisa em questão foram as de número 4 a 30.

Data da aplicação do questionário

Nome do paciente, idade, sexo, escolaridade, religião, renda familiar.

1. Há quanto tempo o (a) sr (a) trata da obesidade?
2. Há quanto tempo o (a) sr (a) é tratado (a) neste serviço de Cirurgia Plástica?
3. Como o (a) sr (a) chegou a este serviço?
4. O(a) sr(a) relaciona a obesidade a alguma coisa ou algum acontecimento em sua vida?
5. Atualmente, qual a sua ocupação principal?
6. O(a) sr(a) está satisfeito(a) com sua ocupação? Por que?
7. O(a) sr(a) tem planos relacionados à sua vida profissional?
8. Houve alguma mudança na sua vida profissional após a cirurgia plástica? Qual?
9. Como o(a) sr(a) aproveita seus momentos de lazer?
10. O(a) sr(a) gosta de companhia durante o seu lazer? Por que?
11. A cirurgia plástica mudou algo na sua vida social? O que?
12. Como o(a) sr(a) se sente fisicamente após a cirurgia plástica?
13. O que mudou no seu corpo, após a cirurgia plástica?
14. Como o(a) sr(a) se sente em relação a estas mudanças?
15. O(a) sr(a) dorme bem após a cirurgia plástica? Por que?
16. O(a) sr(a) alimenta-se bem após a cirurgia plástica? Por que?
17. Seus hábitos alimentares mudaram após a cirurgia plástica? Como?
18. Seus hábitos de higiene mudaram após a cirurgia plástica? Como?

19. Seus relacionamentos interpessoais mudaram após a cirurgia plástica?
Como?
20. O(a) sr(a) está satisfeito(a) com seus relacionamentos interpessoais?
Por que?
21. Seus relacionamentos afetivos mudaram após a cirurgia plástica? Como?
22. O(a) sr(a) está satisfeito(a) com seus relacionamentos afetivos? Por que?
23. Seus relacionamentos sexuais mudaram após a cirurgia plástica? Como?
24. O(a) sr(a) está satisfeito com seus relacionamentos sexuais? Por que?
25. O(a) sr(a) gostou dos resultados de sua cirurgia plástica? Por que?
26. Os resultados da cirurgia plástica estão próximos ao que o(a) sr(a) desejava? Por que?
27. O que o(a) sr(a) mudaria na sua cirurgia plástica? Por que?
28. Qual o resultado que mais o(a) agradou em sua cirurgia plástica? Por que?
29. Qual o resultado que menos o(a) agradou em sua cirurgia plástica? Por que?
30. O que mudou em sua vida após a cirurgia plástica?
31. Comentários gerais.

Os dados colhidos do período trans-operatório consistiram nas medidas do peso corporal e índice de massa corpórea (IMC) antes da abdominoplastia circunferencial. Os pacientes foram acompanhados durante a internação pela equipe médica e pela psicóloga, até a alta hospitalar.

No período pós-operatório, os pacientes foram acompanhados periodicamente para troca de curativos, retirada dos pontos cirúrgicos e orientações gerais, até a alta definitiva do ambulatório de cirurgia plástica, que ocorreu em torno de 12 meses após o ato cirúrgico.

Após a alta hospitalar e pleno restabelecimento, os pacientes foram chamados ao serviço para coleta de dados como peso corporal e IMC após a cirurgia plástica e para as entrevistas psicológicas semidirigidas.¹⁶

Após todas as entrevistas realizadas, as respostas obtidas foram tabuladas e divididas, sempre que possível, em categorias, para facilitar a compilação dos dados. Isto tornou possível a aplicação do protocolo EDAO.¹⁷

O conjunto de respostas do sujeito foi avaliado de acordo com três critérios: solução do problema, grau de satisfação com as respostas encontradas, e intensidade do conflito intrapsíquico ou ambiental com as soluções adotadas. Assim, as respostas obtidas foram classificadas como adequadas, pouco adequadas e pouquíssimo adequadas, e houve uma nota correspondente (Quadro 1).

Quadro 1. Definições das respostas obtidas nas entrevistas psicológicas semidirigidas, conforme critério adaptativo

Adequadas (+++)	Resolvem o problema (+) São satisfatórias (+) Não criam conflito intrapsíquico ou ambiental ()
Pouco adequadas (++)	Resolvem o problema (+) São satisfatórias (+) Criam conflito ()
	Resolvem o problema (+) Não são satisfatórias () Não criam conflito (+)
Pouquíssimo adequadas (+)	Resolvem o problema (+) Sem satisfação () Com conflito ()

O critério adaptativo foi escolhido como princípio norteador da escala diagnóstica – EDAO. A adaptabilidade é apreciada segundo quatro setores de funcionamento, quais sejam, afetivo-relacional, produtividade, sócio-cultural e orgânico. O setor afetivo-relacional compreende os sentimentos, atitudes e ações com relação a si próprio e ao semelhante. A produtividade está relacionada ao trabalho, estudo, ou qualquer atividade produtiva, mesmo que seja de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como principal ocupação do sujeito no período avaliado. O setor sócio-cultural abrange os sentimentos, atitudes e ações com relação à estrutura social, aos recursos comunitários e aos valores e costumes do ambiente em que vive. O setor orgânico compreende o estado e funcionamento do organismo do sujeito, bem como seus sentimentos e ações em relação ao próprio corpo.¹⁷

Realizou-se avaliação qualitativa abrangendo os quatro setores, através das respostas obtidas nas entrevistas psicológicas semidirigidas, quando houve possibilidade de intervenção do entrevistador, no intuito de esclarecer dúvidas sobre as respostas, e classificando-as como adequadas, pouco adequadas ou pouquíssimo adequadas.

A EDAO possibilitou fazer avaliação quantitativa à partir das respostas obtidas (avaliação qualitativa), através de notas que foram atribuídas, nos quatro setores de funcionamento.

Os indicadores dos setores afetivo-relacional e produtividade, que estão relacionados entre si, tiveram uma avaliação que foi a soma das duas notas. O setor orgânico foi avaliado através dos seus indicadores, como

auto-estima, autocuidado, integração físico-psíquica, auto-imagem e dependência dos sintomas. O setor sócio-cultural também foi avaliado quantitativamente à partir das respostas obtidas.

A avaliação quantitativa dos quatro setores possibilitou a classificação diagnóstica dos pacientes entrevistados quanto à adaptação do indivíduo a si mesmo e ao meio em que vive, após a abdominoplastia circunferencial, e foi obtida através da soma das notas, dividindo os pacientes em cinco grupos. A adaptação foi considerada eficaz quando a soma foi 5,0; ineficaz leve quando foi 4,0; ineficaz moderada quando foi 3,5 ou 3,0; ineficaz severa quando foi 2,5 ou 2,0; e ineficaz grave quando a soma foi 1,5.

5. RESULTADOS

A entrevista psicológica consistiu de 31 questões. As questões números 1, 2 e 3 avaliaram aspectos gerais, e não foram utilizadas na elaboração do protocolo EDAO. A questão número 31 abriu espaço para comentários dos pacientes.

Os resultados obtidos pelas questões números 4 a 30 forneceram dados suficientes para a elaboração do protocolo EDAO. Cada questão foi dividida, sempre que possível, em categorias, para facilitar a compilação dos dados.

Quanto ao relacionamento da obesidade com algum fato em sua vida (questão 4), as respostas obtidas foram categorizadas em: causas físicas, em dez pacientes; causas emocionais, em sete pacientes; aumento de ingesta alimentar, em três pacientes; influência do ambiente familiar, em dois pacientes; e não houve qualquer relação, em dois pacientes.

Quanto à principal ocupação atual (questão 5), as respostas foram: atividade remunerada, para dez pacientes; prendas domésticas, para sete pacientes; exercícios físicos, para um paciente; e atividade não remunerada, para um paciente.

Doze pacientes estavam satisfeitos com sua ocupação atual e quatro, não (questão 6). Dos pacientes satisfeitos, sete pacientes gostavam e tinham prazer no que faziam, um paciente estava satisfeito porque tinha liberdade de fazer o que quisesse, um paciente estava acomodado, e três pacientes não relataram motivos para estarem satisfeitos.

Treze pacientes tinham planos futuros relacionados à vida profissional e três, não (questão 7). Dos pacientes que responderam afirmativamente, oito pensavam em desenvolvimento profissional e cinco, em mudar para melhor profissão.

Quanto às mudanças na vida profissional após a abdominoplastia circunferencial (questão 8), sete pacientes responderam que não houve mudanças e não justificaram. Nove pacientes apresentaram mudanças e suas respostas foram categorizadas em: maior confiança, melhora da disposição física, melhora da auto-imagem, pagamento de dívidas anteriores e demissão do emprego.

Quanto aos momentos de lazer (questão 9), treze pacientes tinham vida social e três pacientes, não.

Todos os pacientes gostavam de companhia durante os momentos de lazer (questão 10).

Quatorze pacientes tiveram mudanças em suas vidas sociais após as abdominoplastias circunferenciais e dois, não (questão 11). As mudanças foram devidas à mudança de humor, valorização da auto-imagem, melhora da auto-estima; mudanças de comportamento, do esquema corporal e na vida social e familiar.

Fisicamente após as abdominoplastias circunferenciais, dez pacientes sentiam-se ótimos ou bem, quatro pacientes aumentaram a disposição física, quatro pacientes tiveram melhora da imagem corporal, um paciente referiu melhora da higiene pessoal, e dois pacientes referiram dor (questão 12).

Quinze pacientes referiram mudanças significativas do contorno corporal após as abdominoplastias circunferenciais (questão 13), tendo como principais mudanças a diminuição nas medidas da cintura, diminuição da circunferência abdominal e melhora geral do contorno corporal.

Todos os pacientes sentiam-se melhores com as mudanças ocorridas após as abdominoplastias circunferenciais (questão 14).

Quatorze pacientes referiram sono noturno de boa qualidade após as abdominoplastias circunferenciais e dois pacientes, não (questão 15).

Quinze pacientes alimentavam-se bem após as abdominoplastias circunferenciais e um paciente referiu não ter boa alimentação (questão 16).

Onze pacientes não mudaram hábitos alimentares após as abdominoplastias circunferenciais e cinco pacientes mudaram (questão 17).

Quatro pacientes não mudaram seus hábitos de higiene após as abdominoplastias circunferenciais e doze pacientes referiram mudanças (questão 18).

Dez pacientes não tiveram mudanças nos relacionamentos interpessoais e seis pacientes tiveram mudanças após as abdominoplastias circunferenciais (questão 19).

Quinze pacientes estavam satisfeitos com os relacionamentos interpessoais após as abdominoplastias circunferenciais e um paciente, não (questão 20).

Dez pacientes não referiram mudanças nos relacionamentos afetivos e seis pacientes tiveram mudanças após as abdominoplastias circunferenciais (questão 21).

Onze pacientes mostraram-se satisfeitos com os respectivos relacionamentos afetivos após as abdominoplastias circunferenciais e cinco, não (questão 22).

Sete pacientes não referiram mudanças nos relacionamentos sexuais após as abdominoplastias circunferenciais (questão 23). Nove pacientes referiram mudanças, cujas categorias foram: vida sexual com melhor qualidade, para cinco pacientes; maior disposição, para três pacientes; diminuição do desejo sexual, para dois pacientes; limitação de posições em pós-operatório, para um paciente; e um paciente não referiu relacionamento sexual.

Onze pacientes referiram satisfação com os respectivos relacionamentos sexuais após as abdominoplastias circunferenciais e cinco pacientes não estavam satisfeitos (questão 24).

Todos os pacientes gostaram dos resultados proporcionados pela cirurgia plástica (questão 25).

Quinze pacientes referiram que os resultados proporcionados pela abdominoplastia circunferencial estavam próximos do que desejavam, e um paciente relatou resultado aquém do desejado (questão 26).

Quanto às mudanças que os pacientes realizariam em suas abdominoplastias circunferenciais, três pacientes apontaram a cicatriz resultante, um paciente apontou a região umbilical e sete pacientes gostariam de melhor contorno corporal (questão 27).

Quanto ao resultado que mais agradou os pacientes (questão 28), as respostas foram: abdome, para treze pacientes; glúteos, para sete pacientes; contorno corporal, para três pacientes; cicatriz umbilical, para dois

pacientes; região do quadril, para um paciente. Cinco pacientes responderam abdome e glúteos.

Quanto ao resultado que menos agradou os pacientes (questão 29), as respostas foram: região vulvar, para três pacientes; cicatrizes resultantes, para quatro pacientes; dor após a cirurgia, para três pacientes; glúteos, para dois pacientes; região epigástrica, para dois pacientes; sensibilidade aumentada, para um paciente; cicatriz umbilical, para um paciente; coxas, para um paciente; e quatro pacientes não referiram.

Quando perguntado sobre o que mudou em suas vidas após as abdominoplastias circunferenciais (questão 30), onze pacientes referiram melhora da auto-estima, oito referiram melhora da auto-imagem, cinco referiram melhoras físicas, três referiram melhora do humor, um referiu melhora no relacionamento e um paciente referiu melhora na vida social.

As respostas obtidas foram classificadas qualitativamente como adequadas, pouco adequadas ou pouquíssimo adequadas, conforme o protocolo EDAO estabelecido.

A classificação quantitativa foi realizada através das notas atribuídas a cada resposta obtida, nos indicadores dos setores afetivo-relacional, produtividade, sócio-cultural e orgânico. A classificação quantitativa possibilitou a classificação diagnóstica da adaptação do indivíduo.

Os resultados dos indicadores dos setores afetivo-relacional foram quantificados com valores 3,0; 2,0 e 1,0; e produtividade, com valores 2,0; 1,0 e 0,5. Estes indicadores estão relacionados entre si, e tiveram uma avaliação que foi a soma das duas notas, conforme são apresentados na Tabela 2.

No setor afetivo-relacional, dez pacientes apresentaram respostas adequadas (62,5%); cinco pacientes, respostas pouco adequadas (31,25%) e um paciente teve resposta pouquíssimo adequada (6,25%).

No setor produtividade, dez pacientes apresentaram respostas adequadas (62,5%); quatro pacientes, respostas pouco adequadas (25,0%); e dois pacientes, respostas pouquíssimo adequadas (12,5%).

A soma das notas obtidas nos indicadores dos setores afetivo-relacional e produtividade, aplicada aos 16 pacientes, apresentou valor máximo 5,0 em sete pacientes (43,75%); valor 4,0 em seis pacientes (37,5%) e três pacientes tiveram, respectivamente, notas 3,0; 2,5 e 1,5, perfazendo percentual de 18,75% (Tabela 2).

Tabela 2. Indicadores dos setores afetivo-relacional e produtividade

Pacientes	Afetivo-relacional		Produtividade		Soma
1	(+++)	3	(+++)	2	5
2	(+++)	3	(+++)	2	5
3	(++)	2	(+)	0,5	2,5
4	(+++)	3	(++)	1	4
5	(+++)	3	(++)	1	4
6	(+)	1	(+)	0,5	1,5
7	(+++)	3	(+++)	2	5
8	(++)	2	(+++)	2	4
9	(+++)	3	(+++)	2	5
10	(+++)	3	(+++)	2	5
11	(++)	2	(+++)	2	4
12	(+++)	3	(+++)	2	5
13	(++)	2	(++)	1	3
14	(++)	2	(+++)	2	4
15	(+++)	3	(+++)	2	5
16	(+++)	3	(++)	1	4

Legenda: (++) resposta adequada
 (++) resposta pouco adequada
 (+) resposta pouquíssimo adequada

Os resultados dos indicadores do setor sócio-cultural são apresentados na Tabela 3, onde 13 pacientes apresentaram respostas adequadas (81,25%); um paciente, resposta pouco adequada (6,25%) e dois pacientes, respostas pouquíssimo adequadas (12,5%).

Foram atribuídos valores 3,0; 2,0 e 1,0; respectivamente, para as respostas adequadas, pouco adequadas e pouquíssimo adequadas.

Tabela 3. Indicadores do setor sócio-cultural

pacientes	Sócio-cultural
1	+++ 3
2	+++ 3
3	+ 1
4	+++ 3
5	+++ 3
6	+ 1
7	+++ 3
8	+++ 3
9	+++ 3
10	+++ 3
11	+++ 3
12	+++ 3
13	++ 2
14	+++ 3
15	+++ 3
16	+++ 3

Legenda: (++) resposta adequada
 (++) resposta pouco adequada
 (+) resposta pouquíssimo adequada

Os resultados dos indicadores do setor orgânico como auto-estima, autocuidado, integração físico-psíquica, auto-imagem e dependência dos sintomas, foram obtidos através dos questionários aplicados e as respostas foram também classificadas como adequadas, pouco adequadas ou pouquíssimo adequadas e receberam, respectivamente, valores 3,0; 2,0 e 1,0 (Tabela 4).

Tabela 4. Indicadores do setor orgânico

Pacientes	Auto-estima	Auto-cuidado	Integração físico-psíquica	Auto-imagem	Dependência dos sintomas	Total
1	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	15
2	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(++) 2	14
3	(+++) 3	(++) 2	(++) 2	(+++) 3	(+++) 3	13
4	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(++) 2	14
5	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	15
6	(++) 2	(+) 1	(+) 1	(++) 2	(+) 1	7
7	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	15
8	(+++) 3	(++) 2	(++) 2	(+++) 3	(+) 1	11
9	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	15
10	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	15
11	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	15
12	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	15
13	(++) 2	(+) 1	(+) 1	(++) 2	(++) 2	8
14	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	15
15	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	15
16	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	(+++) 3	15

Legenda: (++) resposta adequada
 (++) resposta pouco adequada
 (+) resposta pouquíssimo adequada

Quanto à auto-estima, obteve-se respostas adequadas com nota 3,0 em quatorze pacientes (87,5%), e pouco adequadas em dois pacientes (12,5%).

No indicador autocuidado, obteve-se respostas adequadas em doze pacientes (75%), pouco adequadas em dois pacientes (12,5%) e pouquíssimo adequadas em dois pacientes (12,5%).

No indicador integração físico-psíquica, obteve-se respostas adequadas em doze pacientes (75%), pouco adequadas em dois pacientes (12,5%) e pouquíssimo adequadas em dois pacientes (12,5%).

No indicador auto-imagem, obteve-se respostas adequadas em quatorze pacientes (87,5%) e pouco adequadas em dois pacientes (12,5%).

Quanto à dependência dos sintomas, obteve-se respostas adequadas em onze pacientes (68,75%), pouco adequadas em três pacientes (18,75%) e pouquíssimo adequadas em dois pacientes (12,5%).

Somando os valores de cada indicador, o valor máximo de 15,0 foi obtido em dez pacientes (62,5%); valor 14,0 em dois pacientes (12,5%); valores 13,0 e 11,0, em dois pacientes (12,5%); e valores 8,0 e 7,0 foram obtidos em dois pacientes (12,5%).

Os resultados da avaliação quantitativa, que possibilitaram a classificação diagnóstica dos pacientes avaliados, dividindo-os em cinco grupos, conforme a soma obtida, pode ser analisada na Tabela 5. A adaptação foi considerada eficaz quando a soma foi 5,0; ineficaz leve quando foi 4,0; ineficaz moderada quando foi 3,5 ou 3,0; ineficaz severa quando foi 2,5 ou 2,0; e ineficaz grave quando a soma foi 1,5.

Sete pacientes apresentaram adaptação eficaz (43,75%); seis pacientes, adaptação ineficaz leve (37,5%); e três pacientes apresentaram, respectivamente, adaptação ineficaz moderada (6,25%), ineficaz severa (6,25%) e ineficaz grave (6,25%).

Tabela 5. Classificação quantitativa da adaptação do indivíduo

Grupo	Classificação diagnóstica	Soma	pacientes
1	Adaptação eficaz	5	7
2	Adaptação ineficaz leve	4	6
3	Adaptação ineficaz moderada	3 / 3,5	1
4	Adaptação ineficaz severa	2 / 2,5	1
5	Adaptação ineficaz grave	1,5	1
total			16

6. DISCUSSÃO

A obesidade tornou-se doença de saúde pública, atingindo níveis mundialmente alarmantes, principalmente em decorrência de fatores culturais e nutricionais. 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, jornais e revistas, meios de comunicação e na área médica, pois além de diminuir a expectativa de vida, aumenta demasiadamente os custos relacionados à saúde.

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 desabsortivas-restritivas têm-se mostrado como mais eficazes e menos desconfortáveis aos pacientes.

A melhora da qualidade de vida dos pacientes que apresentaram grandes perdas ponderais é explicada pela diminuição ou extinção de doenças como diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, entre outras. Porém, mesmo após emagrecimento, os pacientes deparam-se com o aparecimento de outros problemas decorrentes dos vultuosos excessos dermogordurosos distribuídos pelo corpo, tais como, o intertrigo, descamações cutâneas, dificuldade na realização da higiene pessoal, descontentamento com o contorno corporal, e dificuldade na

integração social, que também são responsáveis pela piora da qualidade de vida. Devemos lembrar que a definição de qualidade de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde, é “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, do contexto do sistema cultural e de valores em que ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.¹

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

No entanto, o objetivo funcional é, indubitavelmente, o principal. Com a eliminação dos excessos cutâneos, os pacientes conseguem realizar sua higiene pessoal com maior facilidade; o comportamento sexual tende a melhorar, pois o descontentamento com seu corpo tende a diminuir; além do relacionamento social e interpessoal melhorarem. A postura corporal torna-se mais ereta, a auto-estima 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.

O Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo comporta vários grupos dirigidos aos tratamentos de inúmeras deformidades ou patologias. Dentre eles,

destacamos o grupo que visa tratar as deformidades decorrentes de grandes perdas ponderais. O intenso e duradouro convívio com esses pacientes, antes e após as cirurgias de ressecção dos excessos dermogordurosos, já demonstrava que ocorria melhora na qualidade de vida dos mesmos, 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 pacientes ex-portadoras de obesidade mórbida que apresentaram perda ponderal conseqüente a tratamento cirúrgico por técnica única determinada, qual seja, a cirurgia desabsortiva-restritiva pela técnica de Capella-Fobi. 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 abdominoplastia circunferencial pela mesma equipe cirúrgica, no mesmo nosocômio; desta forma, a metodologia demonstrou ser a mais correta possível.

Todas as pacientes foram submetidas à abdominoplastia circunferencial, após período mínimo de 12 meses da estabilização do peso, conceito já pré-estabelecido para que os pacientes pudessem obter a estabilidade metabólica, bem como, já estabilizada a retração cutânea em seu valor máximo, através da atividade das fibras colágenas e elásticas.⁵

As pacientes que participaram do estudo apresentavam excessos dermogordurosos nas regiões abdominal e flancos e, com a finalidade de tratar essas regiões e melhorar o contorno corporal, a cirurgia realizada foi a abdominoplastia circunferencial. Cinco pacientes foram submetidas à

abdominoplastia circunferencial simples (ACS), apenas com incisão transversal envolvendo toda circunferência abdominal, possibilitando a compensação dos tecidos e resultando em uma única cicatriz. Onze pacientes, por apresentarem cicatriz longitudinal na parede anterior do abdome, proveniente da cirurgia bariátrica por via aberta, ou excesso dermogorduroso na região epigástrica, que acarretaria em resultado insatisfatório apenas com a incisão transversal, foram submetidas à abdominoplastia circunferencial composta com incisão longitudinal na parede anterior (ACC), também denominada de abdominoplastia em “âncora” ou em “T invertido”.

O tempo operatório de aproximadamente seis horas, o trauma cirúrgico causado pela grande manipulação cirúrgica e a mudança de decúbito do paciente no período trans-operatório, definem a abdominoplastia circunferencial como procedimento cirúrgico complexo. Como em todos os procedimentos cirúrgicos de grande porte, cuidados como antibioticoterapia profilática, prevenção do tromboembolismo, cuidados com posicionamento do paciente durante o ato operatório, são essenciais ao bom transcorrer do procedimento cirúrgico.

A demarcação realizada previamente, conforme detalhada na metodologia, promove o posicionamento da cicatriz circunferencial resultante em locais que são cobertos pelos trajes de banho. O diferencial desse resultado está no fato da incisão superior dorsal ser determinante na localização da síntese final dorsal, pois esta incisão mobiliza-se pouco após a síntese da sutura.

Diferente do que ocorre na técnica cirúrgica da abdominoplastia descrita por Callia^{35,36}, a remoção dos excessos dermogordurosos deve ser realizada evitando-se qualquer tensão que implique em dorsoflexão durante o ato operatório, o que acarretaria em tensão sobre a sutura posterior da abdominoplastia circunferencial, aumentando a possibilidade de deiscência da sutura.

Apesar de ser considerada procedimento complexo, a abdominoplastia circunferencial simples (ACS) e composta (ACC), apresentou como intercorrências imediatas, a presença de seroma em três pacientes (18,75%), que necessitaram de punções seriadas durante o acompanhamento pós-operatório, e quadro clínico de anemia com queda de hemoglobina sérica e hematócrito em uma paciente (6,25%), necessitando transfusão de duas unidades de concentrado de hemácias no quarto dia após a cirurgia, enquanto ainda estava internada. Isto demonstrou que procedimentos complexos realizados por equipe cirúrgica experiente, apresentaram percentual de intercorrências comparável ao de pacientes que foram submetidos a abdominoplastias associadas a outros procedimentos.⁶⁵

Dentre os vários métodos para avaliação de qualidade de vida, a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) foi escolhida por ser reconhecida no Brasil e adaptada à população brasileira, e por ter o critério adaptativo como princípio norteador, avaliando a adequação do indivíduo a uma nova situação. Para a obtenção dos dados relativos a cada paciente, utilizou-se de entrevistas psicológicas semidirigidas¹⁶, que possibilitaram as pacientes relatarem fatos relevantes a cada questão, e

intervenção do entrevistador sempre que quisesse obter maiores detalhes a respeito da resposta dada, sem que houvesse período de tempo definido.

As respostas obtidas nas entrevistas psicológicas, das questões 4 a 30, e que forneceram dados para o preenchimento do protocolo EDAO, foram analisadas individualmente, promovendo a avaliação qualitativa da adaptação dessas pacientes.

Quanto à questão da obesidade, as pacientes a relacionaram principalmente com causas físicas, emocionais e ao aumento da ingestão de alimentos, porém 12,5 % das pacientes transferiram a culpa de terem sido obesas aos familiares ou ao hábito de realizarem dietas fartas, freqüentes e que apresentavam alto peso calórico.

Apesar de obesas ou ex-obesas, a maioria das pacientes entrevistadas tinha ocupação remunerada, o que gerou dúvida se os indivíduos obesos teriam real dificuldade em conseguir emprego remunerado.

A satisfação com o trabalho atual e planos de melhorar a vida profissional estiveram presentes em, respectivamente, 75 % e 81,25 % das respostas das pacientes entrevistadas, demonstrando que visavam melhorar a satisfação e buscar novas realizações pessoais. Por sentirem-se mais confiantes, com melhor disposição na realização de suas atividades, ou porque observaram melhora da auto-imagem, 56,25% das pacientes relacionaram as mudanças ocorridas na vida profissional às cirurgias plásticas realizadas. Através delas, conseguiram melhorar a apresentação pessoal e com o vestuário, tornando-se mais desinibidas e extrovertidas.

A cirurgia plástica influenciou positivamente na vida social e no lazer, tornando-as mais sociáveis, quer seja pela melhora do humor, da auto-imagem, da auto-estima e da mudança de comportamento, quer no esquema corporal, quer na vida social e familiar.

Houve melhora da disposição para a realização de atividades em 62,5% das entrevistadas, que referiram melhora na aparência após as abdominoplastias circunferenciais, sob o ponto de vista puramente físico.

A melhora no contorno corporal foi referida por 93,75% das pacientes, tendo como principais características a diminuição nas medidas da circunferência abdominal ou referência à forma do abdome plano, e a suspensão da região glútea, apesar da presença de extensa cicatriz. Outra importante mudança, referida por 18,75% das pacientes, foi a alteração no posicionamento da vulva. Apenas uma paciente relatou ter ficado descontente com o resultado, achando que poderia ter sido menos elevada. Uma paciente apresentou descontentamento com a aparência da cicatriz umbilical. Vale lembrar que as duas pacientes que ficaram descontentes, com a posição vulvar e cicatriz umbilical, encontravam-se em período pós-operatório recente, onde não se verificava a maturação definitiva das cicatrizes.

Todas as pacientes sentiam-se com melhora do bem estar após a cirurgia plástica, e 87,5% delas referiram sono noturno de boa qualidade, ao contrário do que acontecia previamente à cirurgia.

A alimentação era boa por 93,75% das pacientes, sendo que a abdominoplastia circunferencial estimulou 31,25% das pacientes a mudarem

seus hábitos alimentares, ingerindo alimentos em menor quantidade ou de melhor qualidade.

Constatou-se melhora nos hábitos de higiene em 75% das pacientes, sendo que 56,25% referiram maior facilidade na realização da própria higiene, por terem eliminado os excessos dermogordurosos que tanto dificultavam o acesso a determinadas áreas do corpo. Outros 37,5% ficaram estimuladas, após a abdominoplastia circunferencial, a melhorar os cuidados pessoais (autocuidado).

Quinze (93,75%), das dezesseis pacientes estavam satisfeitas com seus relacionamentos interpessoais. Após as cirurgias plásticas, 37,5% sentiram-se estimuladas, mudando significativamente seus relacionamentos.

Quanto aos relacionamentos afetivos, as abdominoplastias circunferenciais influenciaram em mudanças para seis pacientes (37,5%), sendo que para quatro destas (67%), as mudanças foram positivas e para duas pacientes (33%), as referidas mudanças não foram relacionadas às cirurgias plásticas. A satisfação com os relacionamentos afetivos foi afirmativa em 68,75% das pacientes, e a insatisfação em 31,25% delas, a qual não estava relacionada às abdominoplastias circunferenciais.

Nove pacientes (56,5%) apresentaram mudanças em seus relacionamentos sexuais após as cirurgias plásticas, e as mudanças positivas decorreram, principalmente, de melhor qualidade da vida sexual e melhora da disposição física. Em 18,75% das pacientes foram observadas mudanças negativas, referindo como principais motivos, a diminuição do desejo sexual e a limitação de movimentos no período pós-operatório

recente. A satisfação nos relacionamentos sexuais esteve presente em onze pacientes (68,75%), das quais, duas destas (18,18%) relacionaram o aumento da satisfação com a melhora do contorno corporal. Todas as respostas que apontaram insatisfação, não tiveram relação com as cirurgias plásticas realizadas.

Houve satisfação com os resultados proporcionados pela abdominoplastia circunferencial em 100% das pacientes entrevistadas. Apesar de satisfeitas, duas pacientes (12,5%) citaram, respectivamente, pequena assimetria na região glútea e a cicatriz longitudinal na parede abdominal anterior, como fatores de ligeiro descontentamento. Resultados próximos às expectativas foram obtidos em 93,75% dos pacientes e, mesmo assim, 12,5% deles questionaram os resultados da cicatriz umbilical inestética e da cicatriz assimétrica resultante no abdome. Houve sugestão dos pacientes de tentar melhorar o resultado das cicatrizes resultantes, do contorno corporal e da cicatriz umbilical, em tempo oportuno. Isto demonstra a preocupação em melhorar cada vez mais o aspecto físico, e também o aumento da exigência com o resultado estético final.

As regiões do corpo submetidas à tratamento cirúrgico que mais agradaram as pacientes, foram as regiões abdominal e glútea, demonstrando que a abdominoplastia circunferencial, que tem essas regiões como principais locais de tratamento, é a cirurgia considerada como preferencial. É importante salientar que cinco pacientes (31,25%) consideraram, de forma espontânea, a suspensão da região glútea, como resultado mais importante.

Todas as pacientes apresentaram mudanças positivas após as cirurgias plásticas, sendo que as principais foram: melhora do humor, tornando-as mais alegres e felizes; melhora da auto-estima, traduzida como independência pessoal, sensação de conquista, maior segurança na elaboração de trabalhos e ações; e o recebimento de elogios de outras pessoas, o que faz com que se exponham mais ao mundo externo, tornando-se mais espontâneas e extrovertidas. A magnificação da auto-imagem, em que as pacientes têm a sensação de estarem mais jovens e atraentes, torna-as mais vaidosas, e com isto, acabam melhorando a aparência através do vestuário. A melhora física, quando relacionada à qualidade do sono, deambulação e disposição, também foi relatada em 31,25% das pacientes, após a abdominoplastia circunferencial.

Através da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), a adaptabilidade pôde ser analisada segundo quatro setores de funcionamento, o afetivo-relacional, a produtividade, o sócio-cultural e o orgânico. O setor afetivo-relacional compreende sentimentos, atitudes e ações com relação a si próprio e ao semelhante. Produtividade é a ocupação principal da paciente no período avaliado; podendo estar relacionada ao trabalho, estudo ou qualquer atividade produtiva; mesmo sendo de natureza artística, filosófica ou religiosa. O setor sócio-cultural abrange sentimentos, atitudes e ações, com relação à estrutura social, aos recursos comunitários e aos valores e costumes do ambiente em que vive. O setor orgânico compreende o estado e funcionamento do organismo da paciente, bem como seus sentimentos e ações, em relação ao próprio corpo.¹⁷

No setor afetivo-relacional, 62,5% das pacientes entrevistadas apresentaram respostas adequadas, 31,25%, respostas pouco adequadas, e 6,25%, respostas pouquíssimo adequadas.

No setor produtividade, 62,5% das pacientes apresentaram respostas adequadas, 25,0%, respostas pouco adequadas, e 12,5%, respostas pouquíssimo adequadas.

A soma das notas dos setores afetivo-relacional e produtividade gerou valores que possibilitaram a classificação diagnóstica da adaptação das pacientes entrevistadas.

A adaptação foi eficaz em 43,75% e ineficaz leve em 37,5% dos pacientes, perfazendo total de 81,25%, ou seja, 13 dos 16 pacientes puderam ser classificados como adaptados, a si próprios e ao meio em que vivem, após realizarem a cirurgia plástica. Dentro do critério adaptativo para avaliação da qualidade de vida, pôde-se inferir que houve melhora da qualidade de vida para 81,25% das pacientes submetidas à abdominoplastia circunferencial. Apenas três pacientes (18,75%) foram classificados como adaptação ineficaz moderada, severa ou grave, o que significa que não houve, segundo o critério adaptativo, melhora da qualidade de vida para estas pacientes.

No setor sócio-cultural, treze (81,25%) das dezesesseis pacientes entrevistadas, apresentaram respostas adequadas.

Dentro do setor orgânico, o indicador auto-estima forneceu resposta adequada em 87,5% das pacientes, o autocuidado foi adequado para 75% das pacientes, a integração físico-psíquica foi adequada para 75% das

pacientes, a auto-imagem foi adequada para 87,5% das pacientes, e a dependência dos sintomas teve resposta adequada em 68,75% das pacientes.

Realizando-se a soma das notas dos indicadores do setor orgânico, observou-se que dez pacientes (62,5%) apresentaram nota máxima igual a 15; duas pacientes (12,5%), nota 14; e uma paciente (6,25%), nota 13; perfazendo um total de 81,25% das pacientes com notas acima de 13. Apenas três pacientes (18,75%) apresentaram notas, respectivamente, 11, 8 e 7.

Com esses valores, pôde-se inferir que 81,25% das pacientes melhoraram seus cuidados com a saúde, quais sejam, auto-estima, autocuidado, integração físico-psíquica, auto-imagem ou dependência dos sintomas.

7. CONCLUSÕES

Através dos resultados obtidos nas respostas dos pacientes, que foram analisados qualitativamente e quantitativamente, pôde-se concluir que os procedimentos realizados pela cirurgia plástica, principalmente por aquele considerado como primordial e solicitado como primário, qual seja, a abdominoplastia circunferencial, são eficazes.

Tanto do ponto de vista dos aspectos físico, afetivo-relacional, profissional, social e orgânico, quanto na melhora da qualidade de vida, pôde-se efetivamente, através da análise quantitativa destes dados, pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), concluir que existe benefício efetivo aos pacientes submetidos aos tratamentos cirúrgicos propostos.

8. ANEXOS

Anexo A

Pacientes entrevistados.

	Nome	Registro	Idade (anos)	Data da cirurgia	Data da entrevista
1	MGS	3.104.008-G	54	28/06/2002	20/02/2004
2	LSM	13.511.013-A	33	31/08/2001	16/03/2004
3	RHM	3.233.328-B	39	12/12/2003	16/03/2004
4	MERL	3.214.610-H	33	17/01/2003	18/03/2004
5	RSB	3.131.623-A	33	09/01/2004	04/05/2004
6	AG	2.875.039-H	44	22/09/2000	11/05/2004
7	MCSM	2.777.959-G	36	20/02/2004	11/05/2004
8	AMLRG	3.092.614-B	47	27/06/2003	25/05/2004
9	RMMS	13.569.286-I	26	06/12/2002	25/05/2004
10	MPC	3.212.780-D	31	02/04/2004	25/05/2004
11	EGC	3.016.967-K	46	20/02/2004	15/06/2004
12	RRA	13.510.993-H	41	25/10/2002	19/07/2004
13	CBF	2.872.101-C	43	04/08/2000	20/10/2004
14	MTML	1351848-H	36	05/11/2004	19/04/2005
15	CMFS	3.167.736-I	52	10/09/2004	17/05/2005
16	IGV	3.309.022-A	48	14/01/2005	23/05/2005

Anexo B

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

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:
- Análise Clínico-Cirúrgica de Pacientes tratados pós Obesidade Mórbida
2. PESQUISADOR: Wilson Cintra Junior.
- CARGO/FUNÇÃO: médico..... INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 79134
- UNIDADE DO HCFMUSP: .Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimaduras da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
SEM RISCO ☐	RISCO MÍNIMO ☒	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 : 2 anos
-

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

1. justificativa e os objetivos da pesquisa:

Estou fazendo uma pesquisa para investigar qual foi o resultado na qualidade de vida da cirurgia abdominoplastia circunferencial, que o senhor(a) e muitas outras pessoas fizeram. O objetivo dessa pesquisa é saber se a vida dessas pessoas sofreu alguma influência após a cirurgia.

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais:

Faremos um questionário com perguntas simples, uma entrevista e uma sessão de fotografias pós-operatórias às pessoas que concordarem em participar desta pesquisa.

3. desconfortos e riscos esperados

Não é esperado que o(a) senhor(a) sofra qualquer desconforto por responder às questões. Entretanto, caso necessite, eu e uma psicóloga responderemos às suas dúvidas e o(a) auxiliaremos no que for necessário.

4. benefícios que poderão ser obtidos

Esta pesquisa não trará benefícios diretos a(o) senhor(a), mas poderá ajudar nos conhecimentos e nas vantagens desta cirurgia, para outras pessoas que virão a fazê-la.

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

Nada a declarar.

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

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

Caso o(a) senhor(a) participe da pesquisa, quaisquer informações sobre a pesquisa, riscos e benefícios ou dúvidas serão prontamente atendidas através de contato no ambulatório de cirurgia plástica às terças-feiras entre 13:00 e 15:00hs, ou através de contato telefônico pelo número (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.

O(A) senhor(a) poderá retirar seu consentimento a qualquer momento e isto não trará nenhum prejuízo à continuidade de sua assistência no Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da FMUSP.

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Caso o(a) senhor(a) queira participar da pesquisa, respondendo às questões, saiba que os dados serão sigilosos, e serão utilizados apenas em publicações científicas, onde o(a) senhor(a) não será identificado.

4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) queira participar, haverá disponibilidade de assistência no Hospital das Clínicas da FMUSP, por eventuais danos à sua saúde, decorrentes desta pesquisa.

5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) queira participar, não haverá indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa, visto que os eventuais danos seriam decorrentes do transporte até o ambulatório de cirurgia plástica, onde serão realizados questionário e avaliação.

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

Dr. Wilson Cintra Junior

Av. São Gabriel, 201 – conj. 704/5 – Itaim Bibi – São Paulo – SP – tel: (11) 3704.7284

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Avaliação da qualidade de vida em pacientes já operados por procedimento cirúrgicoconsagrado na literatura mundial.

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

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

São Paulo, de de 19 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

Anexo C**ANÁLISE CLÍNICO – CIRURGICA DE PACIENTES
TRATADOS PÓS-OBESIDADE MÓBIDA****ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA**

Data da aplicação: __/__/__

Protocolo ____

Nome do paciente: _____

RGHC: _____ Idade: _____ Sexo: ☐ masculino ☐ femininoEstado civil: ☐ solteiro ☐ casado ☐ relação estável ☐ separado ☐ divorciado ☐ viúvoEscolaridade: ☐ 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 ☐ NãoRenda 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 ☐ constanteFonte: ☐ família ☐ amigos ☐ vínculo religioso ☐ governamental ☐ outros

Tempos pós-cirúrgico: _____

1) Há quanto tempo o (a) sr (a) trata da obesidade?

2) Há quanto tempo o (a) sr (a) é tratado (a) neste serviço de Cirurgia Plástica?

3) Como o (a) sr (a) chegou a este serviço?

4) O(a) sr(a) relaciona a obesidade a alguma coisa ou algum acontecimento em sua vida?

5) Atualmente, qual a sua ocupação principal?

6) O(a) sr(a) está satisfeito(a) com sua ocupação? ☐ sim ☐ não Por que?

7) O(a) sr(a) tem planos relacionados à sua vida profissional?

8) Houve alguma mudança na sua vida profissional após a cirurgia plástica?

☐ não ☐ sim Qual?

9) Como o(a) sr(a) aproveita seus momentos de lazer?

10) O(a) sr(a) gosta de companhia durante o seu lazer? ☐ sim ☐ não Por que?

11) A cirurgia plástica mudou algo na sua vida social? ☐ sim ☐ não O que?

12) Como o(a) sr(a) se sente fisicamente após a cirurgia plástica?

13) O que mudou no seu corpo, após a cirurgia plástica?

14) Como o(a) sr(a) se sente em relação a estas mudanças?

15) O(a) sr(a) dorme bem após a cirurgia plástica? ☐ sim ☐ não Por que?

16) O(a) sr(a) alimenta-se bem após a cirurgia plástica? ☐ sim ☐ não Por que?

17) Seus hábitos alimentares mudaram após a cirurgia plástica? ☐ sim ☐ não
Como?

18) Seus hábitos de higiene mudaram após a cirurgia plástica? ☐ sim ☐ não Como?

19) Seus relacionamentos interpessoais mudaram após a cirurgia plástica?
☐ sim ☐ não Como?

20) O(a) sr(a) está satisfeito(a) com seus relacionamentos interpessoais?
☐ sim ☐ não Por que?

21) Seus relacionamentos afetivos mudaram após a cirurgia plástica?
☐ sim ☐ não Como?

22) O(a) sr(a) está satisfeito(a) com seus relacionamentos afetivos?
☐ sim ☐ não Por que?

23) Seus relacionamentos sexuais mudaram após a cirurgia plástica? ☐ sim ☐ não
Como?

24) O(a) sr(a) está satisfeito com seus relacionamentos sexuais? ☐ sim ☐ não Por que?

25) O(a) sr(a) gostou dos resultados de sua cirurgia plástica? ☐ sim ☐ não Por que?

26) Os resultados da cirurgia plástica estão próximos ao que o(a) sr(a) desejava?
☐ sim ☐ não Por que?

27) O que o(a) sr(a) mudaria na sua cirurgia plástica? Por que?

28) Qual o resultado que mais o(a) agradou em sua cirurgia plástica? Por que?

29) Qual o resultado que menos o(a) agradou em sua cirurgia plástica? Por que?

30) O que mudou em sua vida após a cirurgia plástica?

31) Comentários:

9. REFERÊNCIAS

1. Obesity and overweight. WHO [Internet]. 2003. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity>.
2. Black J, Morgan M. Body contouring and weight loss surgery for obesity. *Nursing Clin North Am* 1991;26(3):777-88.
3. Modolin M, Cintra Junior W, Gobbi CIC, Ferreira MC. Circumferential abdominoplasty for sequential treatment after morbid obesity. *Obesity Surgery* 2003;13:95-100.
4. 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.
5. Zook EG. The massive weight loss patient. *Clin Plast Surg* 1975, 2:457-66.
6. Petty P, Manson PN, Black R, Romano JJ, Sitzman J, Vogel J. Panniculus morbidus. *Ann Plast Surg* 1992;28:442-52.
7. Lanier VC. Body contouring surgery after weight reduction. *Southern Medical Journal* 1987;80(11):1375-80.
8. Davis TS. Morbid Obesity. *Clin Plast Surg* 1984;11:517-24.
9. Baroudi R. Body Contour Surgery. *Clin Plast Surg* 1989, 16(2): 263-77.
10. Baroudi R. Flankplasty: a specific treatment to improve body contouring. *Ann Plast Surg* 1991, 27(5): 404-20.

11. Pitanguy I. Abdominal lipectomy: an approach to it through analysis of 300 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* 1967,40:384.
12. Correa-Iturraspe M. Tratamiento quirurgico de la obesidad. *Rev Assoc Med Argent* 1952,66:340-45.
13. Costa LF, Landecker A, Manta AM. Optimizing body contour in massive weight loss patients: the modified vertical abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2004, 114(7):1917-23.
14. Carwell GR, Horton CE. Circumferencial torsoplasty. *Ann Plast Surg* 1997,38:213-16.
15. Lockwood TE. Transverse flank-thigh-buttock lift with superficial fascial suspension. *Plast Reconstr Surg* 1991,87:1019-27.
16. Bleger J. Temas de Psicologia-entrevista e grupos. Ed. Martins Fontes, São Paulo, 1991, p. 9-11.
17. Simon R. Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos. Ed. Pedagógica e Universitária, São Paulo, 1989, p. 13-91.
18. Mühlbauer W. Radical abdominoplasty, including body shaping: representative cases. *Aesth Plast Surg* 1989, 13:105-10.
19. van Italic T. Morbid obesity: a hazardous disorder that resists conservative treatment. *Am J Clin Nutr* 1980, 33:358-63.
20. 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.

21. Kuczmarski RJ, Carrol MD, Flegal KM et al. Varying body mass index cutoff points to describe overweight prevalence among U.S. adults: NHANES III (1998 to 1994). *Obes Res* 1997,5:542-8.
22. 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.
23. Scopinaro N, Gianetta E, Civalleri D, Bonalumi U, Bachi V. Biliopancreatic bypass for obesity: II. Initial experience in man. *Br J Surg* 1979, 66(9):618-20.
24. 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.
25. Capella JF, Capella RF. The weight reduction operation of choice: vertical banded gastroplasty or gastric bypass? *Am J Surg* 1996, 171(1): 74-9.
26. Capella RF, Capella JF. Reducing early technical complication in gastric bypass surgery. *Obes Surg* 1997, 7(2): 149-56.
27. Fobi M, Lee H, Igwe D, Felahy B, James E, Stanczyk M, Fobi N. Band erosion: incidence, etiology, management and outcome after banded vertical gastric bypass. *Obes Surg* 2001, 11(6): 699-707.
28. Terry E. Surgical management of morbid obesity. *Bull Am Coll Surg* 1972, 177: 723-35.
29. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr* 1992, 55: 6155-95.

30. 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.
31. Aston SJ. Abdominoplasty. *Aesthetic Plastic Surgery*. WB Saunders, Philadelphia, 1980, pp 1007-1038.
32. Savage RC. Abdominoplasty following gastrointestinal bypass surgery. *Plast Reconstr Surg* 1983,71(4):500-7.
33. Kelly HA. Report of gynecological cases. *Johns Hopkins Med J* 1899,10:197.
34. Kelly HA. Excision of the fat of the abdominal wall lipectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1910, 10:199.
35. Callia W. Tratamento cirúrgico do abdome pêndulo e globoso. (Técnica original). Comunicação no VII Congresso Brasileiro de Cirurgia. Rio de Janeiro, julho 1961.
36. Callia W. Contribuição para o estudo da correção cirúrgica do abdome pêndulo e globoso. (Técnica original) [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1965.
37. Regnault P. Abdominoplasty by the "W" technique. *Plast Reconstr Surg* 1975,55:262.
38. Grazer FM, Klingbeil JR. *Body image – A surgical perspective*. St. Louis: Mosby, 1980.
39. Hauben DJ, Benneir P, Charuzi I. One-stage body contouring. *Ann Plast Surg* 1988, 21(5):472-9.

-
40. Baroudi R, Moraes M. Philosophy, technical principles, selection, and indication in body contouring surgery. *Aesth Plast Surg* 1991, 15: 1-18.
 41. Somalo M. Dermolipectomia circular del tronco. *Semana Med* 1940, 47: 1435 [abstract].
 42. Gonzales-Ulloa M. Belt lipectomy. *Br J Plast Surg* 1961, 13: 179-86.
 43. Pitanguy I. Thocanteric lipodystrophy. *Plast Reconstr Surg* 1964, 34: 280.
 44. Lockwood T. High-lateral-tension abdominoplasty with superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr Surg* 1995, 96: 603-15.
 45. Lockwood T. Lower body lift. *Oper Tech Plast Reconstr Surg* 1996, 3: 132-44.
 46. Lockwood T. Lower body lift. *Aesth Surg J* 2001, 21: 355-70.
 47. Gonzalez M, Guerrerosantos J. Deep planes torso-abdominoplasty combined with buttocks pexy. *Aesth Plast Surg* 1997, 21: 245-53.
 48. Pascal JF, Le Louarn C. Remodeling bodylift with high lateral tension. *Aesth Plast Surg* 2002, 26: 223-30.
 49. Hurwitz DJ. Single-staged total body lift after massive weight loss. *Ann Plast Surg* 2004, 52(5): 435-41.
 50. Lehan AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatr* 1982, 139: 1271-6.
 51. Barge-Schaapveld D, Nicolson N, Delespaul P, de Vries M. Assessing quality of life with the experience sampling method. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (Eds). *Quality of life in mental disorders*. New York: John Wiley & Sons, 95-107, 1997

-
52. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of life instruments. JAMA 1994,272:619-26.
53. Calman KC. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. Journal of Medical Ethics 1984, 10:124-7.
54. Fleck MPA. Avaliação de qualidade de vida. In: Fráguas RJ, Figueiró JAB (Eds). Depressões em medicina interna e em outras condições médicas-Depressões secundárias. São Paulo: Atheneu, 33-43, 2000.
55. Stunkard AJ. Obesity. In A.R.Freedmann and H.I.Kaplan (Eds), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2d Ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1975.
56. Kral J. Surgical treatment of obesity. Med Clin North Am 1989,73:251-64.
57. Sullivan M, Sullivan L, Kral J. Quality of life assessment in obesity: physical, psychological and social malfunction. Gastroenterol Clin North Am 1987,16:433-42.
58. Doward LC, McKenna SP. Evolution of quality of life assessment. In: Rajagopalan R, Sheretz EF, Anderson RT (Eds). Care management of skin diseases: life quality and economic impact. New York: Marcel Dekker, 9-33,1997.
59. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press,1947.
60. Lanier VC, Younger RK, Scott HW, et al. Metabolic changes in morbidly obese men and women after massive intestinal by pass. Surg Forum 1969,20:397.
61. Mladick RA. Male body contouring. Clin Plast Surg 1991,18(4):797-813.

-
62. Young SC, Freiberg A. A critical look at abdominal lipectomy following morbid obesity surgery. *Aesth Plast Surg* 1991,15:81-4.
63. Soundararajan V, Hart NB, Royston CMS. Abdominoplasty following vertical banded gastroplasty for morbid obesity. *Br J Plast Surg* 1995,48:423-7.
64. Bolton MA, 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.
65. Gemperli R, Neves RI, Tuma P, Bonamichi GT, Ferreira MC, Manders EK. Abdominoplasty combined with other intraabdominal procedures. *Ann Plast Surg* 1992, 29(1):18-22.