



ConScientiae Saúde

ISSN: 1677-1028

conscientiaesaude@uninove.br

Universidade Nove de Julho

Brasil

Melgarejo Antunes, Marcele; Agne Domingues, Carla
As principais alterações posturais em decorrência das cicatrizes de cirurgias plásticas
ConScientiae Saúde, vol. 7, núm. 4, 2008, pp. 509-517
Universidade Nove de Julho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92911724014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

As principais alterações posturais em decorrência das cicatrizes de cirurgias plásticas

Main postural alterations in result of the scars of plastic surgeries

Marcele Melgarejo Antunes¹, Carla Agne Domingues²

¹ Graduada em Fisioterapia, Programa de Pós-Graduação em Terapia Manual e Postural – Cesumar

² Graduada em Fisioterapia, Professora orientadora – UFSM, Especialista em Saúde Comunitária – ULBRA e Mestre em Ciência do Movimento Humano – UDESC

Endereço para correspondência

Marcele Melgarejo Antunes
R. Pinheiro Machado, 3100, Centro,
97050-600 – Santa Maria – RS
e-mail: celeantunes@hotmail.com

Resumo

O objetivo neste estudo foi avaliar as principais alterações posturais no período pós-operatório, o tipo de cicatriz, o possível aparecimento de quelóides, fibroses e aderências na região cicatricial, bem como o nível de satisfação dessas pacientes em relação ao resultado da cirurgia. Todas as pacientes analisadas apresentavam cicatrizes hipertróficas, regiões com fibroses e aderências, e apenas uma delas não tinha formação de quelóides. Elas realizaram sessões de drenagem linfática manual, massagem de cyriax e ultra-som. Na avaliação postural, apresentaram algum tipo de alteração. As mais significativas foram cabeça anteriorizada,术 desalinhamento e rotação interna dos ombros, cifose e escoliose na coluna, principalmente na região dorsal. O posicionamento cifótico pode ter sido ocasionado pela posição antalgica adotada. Após essa avaliação, foram encaminhadas para tratamentos de correção postural como RPG, pilates e terapia manual. Acredita-se que fisioterapia, no pós-operatório imediato, proporcione uma melhora significativa na redução do inchaço e na reparação da cicatriz.

Descritores: Abdominoplastia; Alterações Posturais; Cicatriz; Mamoplastia Redutora.

Abstract

This research intended to evaluate the main postural alterations in the postoperative period, the type of scar, the possible appearance of keloids, fibrosis and adherence in the scar region, as well as the level of satisfaction of these patients in relation to the surgery result. All analyzed patients presented hypertrophic scars, regions with fibroses and adherences, and only one of them did not have formation of keloids. They were submitted to manual lymphatic drainage sessions, cyriax massage and ultrasound. The most significant were: previous head, unbalance and internal rotation of the shoulders, column kyphosis and scoliosis, mainly in the dorsal region. The kyphotic positioning can have been caused by the antalgic position the patients adopted. After that, they were indicated postural correction such as RPG, Pilates and Manual Therapy. It is believed that physiotherapy in postoperative treatment provides an improvement in reduction of swell and the repairing of the scar.

Key words: Abdominoplasty; Postural Alterations; Reducing Mammaplasty; Scar.

Introdução

Na busca por corrigir alguma imperfeição estética, muitas pessoas recorrem à cirurgia plástica. Às vezes, o preço a ser pago é muito alto, pois, além de o resultado não ser o esperado, a cirurgia pode trazer consequências, tais como uma cicatriz difícil de tratar ou outros problemas mais graves não só visuais, mas também imperfeições e alterações posturais.

As cicatrizes são o resultado inevitável da lesão, intencional ou acidental, da pele. A cicatriz final, secundária a um processo de reparação, é variável e nunca completamente previsível. Além do trauma, a cicatriz pode resultar de uma patologia, podendo apresentar-se hipertrófica, atrófica ou queloideana¹.

Ao se optar por realizar uma cirurgia plástica, é necessário que a pessoa tenha consciência dos cuidados que devem ser tomados no pós-operatório e de possíveis complicações que podem ocorrer nesse período. Faz-se necessária toda uma preparação física, mental e emocional. Percebe-se que o paradigma reabilitador também se aplica às mulheres que se submetem a essas cirurgias. No entanto, se houver disponibilidade de atenção durante o pré-operatório, é possível informar, prevenir e orientar a paciente, assim como seus familiares, sobre os cuidados indispensáveis no período pós-operatório (PO) imediato, tais como cuidados com a incisão, importância do repouso e os esclarecimentos de possíveis dúvidas que a paciente tenha nesse momento peculiar de sua vida.

Kisner e Colby² apontam a diferença da disfunção e síndrome dolorosa postural por ser um encurtamento adaptativo dos tecidos moles e haver fraqueza muscular envolvida. A causa pode ser maus hábitos posturais prolongados, ou resultado de contrações e adesões formadas durante a cicatrização dos tecidos após trauma ou cirurgia. A sobrecarga nas estruturas encurtadas provoca dor. Além disso, os desequilíbrios de força e flexibilidade podem predispor a área a lesões ou síndromes de uso excessivo que poderiam ser evitadas por um sistema musculoesquelético normal. Assim como distúrbios viscerais,

as cicatrizes podem refletir em algumas disfunções emocionais e também posturais³.

O objetivo neste artigo foi avaliar as principais alterações posturais causadas por cicatrizes decorrentes de cirurgias plásticas. Foram avaliadas também a sensibilidade na região cicatricial, tipo de cicatriz, o aspecto e o nível de satisfação da paciente em relação à cirurgia.

Metodologia

A amostra foi constituída por mulheres submetidas a cirurgias plásticas de mamoplastia e abdominoplastia, que se encontram em tratamento em uma Clínica de Fisioterapia e Pilates, na cidade de Santa Maria/RS, e que se propuseram a participar após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

Foi aplicado um formulário de avaliação corporal (Anexo 2), seguido de uma avaliação física, em três mulheres que se submeteram a cirurgia plástica, no período máximo de um ano PO. Realizou-se entrevista, seguida de avaliação corporal, para verificar o grau de satisfação com o resultado da operação, o tipo de cicatriz gerada por ela, o possível aparecimento de alterações posturais em decorrência da incisão cirúrgica e também se tais alterações podem ou não ser originadas pela cicatriz.

O questionário apresentado para as pacientes foi criado e adaptado pela própria autora da pesquisa, é constituído de perguntas abertas e fechadas e também do exame físico e postural. A coleta de dados foi efetuada em um único encontro, sendo preenchido todo o formulário de avaliação da voluntária. A análise dos dados coletados foi realizada, de forma descritiva e individual, para cada mulher avaliada.

Resultados

Neste estudo, selecionaram-se e avaliaram-se três mulheres, de 20 a 44 anos, que se submeteram a cirurgias plásticas de abdominoplastia e

mamoplastia redutora e procuraram atendimento fisioterapêutico no período PO.

Essas três pacientes realizaram sessões de drenagem linfática manual, massagem de cyriax e ultra-som. Apenas uma delas fez aplicações de injeções de corticóide.

Na avaliação postural realizada no período PO, as alterações mais significativas encontradas foram ombros enrolados e desnivelados, cabeça anteriorizada, adotando uma postura um pouco cifótica (talvez pela posição antalgica após a cirurgia, ou pelo estiramento da pele da região abdominal), cifose torácica e escoliose (Tabela 1).

Após o tratamento fisioterápico, apenas uma delas decidiu fazer a cirurgia reparadora, pois apresentava grandes regiões queloideanas e cicatriz escura, além de não ter ficado satisfeita com o resultado da cirurgia.

As três pacientes foram encaminhadas para tratamento postural, RPG e Pilates, com o objetivo de corrigir alterações de postura e prevenir problemas futuros.

A paciente 1, que havia feito somente mamoplastia redutora (segundo ela, porque suas mamas tinham um tamanho exagerado e estavam causando dor e desconforto na coluna), estava com três meses de PO e já havia recuperado a sensibilidade, porém sua cicatriz estava um pouco hipertrófica, com regiões fibróticas, aderências e com formação de quelóides, mais significativas na mama esquerda. Por esse motivo, recorreu à Fisioterapia Dermato-funcional. Em relação às alterações posturais mais significativas, a paciente 1 apresentou cabeça anteriorizada, rotação interna de ombros, sendo o direito mais alto. Na vista posterior, estava começando a apresentar cifose na coluna torácica e escoliose. Após oito meses da cirurgia, sua cicatrização estava um pouco melhor, mas continuava a apresentar alterações posturais, que vinha tentando corrigir com sessões de RPG e Pilates. Alegou não sentir mais as dores na coluna. Disse também que estava satisfeita com o tamanho das mamas, mas um pouco inconformada com a cicatriz, cogitando fazer um retoque depois de um ano de pós-operatório.

Tabela 1: Dados comparativos e principais alterações posturais encontradas nas pacientes estudadas

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Tipo de cirurgia	Mamoplastia redutora	Mamoplastia e abdominoplastia	Mamoplastia e abdominoplastia
Tempo de pós-operatório	Três meses	35 dias	28 dias
Tipo de cicatriz	Hipertrófica e regiões começando a formar quelóides	Hipertrófica, regiões queloideanas e cicatriz escura	Regiões hipertróficas
Fibroses e aderências	Sim	Sim	Não
Tempo de tratamento PO	10 sessões	Ao longo de um ano, uma ou duas vezes por semana	20 sessões
Cabeça	Anteriorizada	Alinhada	Anteriorizada
Ombros	RI e direito mais alto	Enrolados	Enrolados
Cintura	Lado esquerdo mais côncavo	Alinhada	Lado direito mais côncavo
Coluna (vista posterior)	Começo de uma cifose torácica e escoliose	Cifose (posição antalgica) e retificação da lombar	Cifose (posição antalgica) e lordose lombar

*RI= Rotação interna

*PO= Pós-operatório

A paciente 2 realizou a mamoplastia e abdominoplastia por questões apenas estéticas em razão de duas gestações, pois os seios caíram e a barriga ficou com excesso de pele e estrias, em decorrência dos 28 kg adquiridos na última gestação. Com um pouco mais de 30 dias de PO, seu médico sugeriu que procurasse uma fisioterapeuta para fazer sessões de drenagem linfática manual, ajudando a reduzir o inchaço. Ela não tinha notado nenhuma alteração postural antes da cirurgia; portanto, na avaliação realizada, foram percebidos ombros enrolados, cifose na coluna torácica, que pode ter sido adquirida pela posição antalgica adotada logo após a cirurgia, assim como provocada pelo estiramento

da pele da região abdominal. A cicatriz estava com regiões hipertróficas e queloideanas, local com fibroses e aderências, e de cor escura. Após um ano e dois meses da cirurgia, não obtendo muito sucesso nos tratamentos realizados, essa paciente preferiu realizar cirurgia reparadora no abdômen e nas mamas.

A paciente 3 optou por realizar a cirurgia de mamoplastia redutora e abdominoplastia, por problemas tanto posturais quanto estéticos, logo após passar por duas gestações, em que teve um aumento de peso significativo. Seu médico a encaminhou para Fisioterapia Dermatofuncional, com 28 dias de PO. A cicatrização estava boa, mas a paciente apresentava postura cifótica, adotando uma posição antalgica, ainda em decorrência da cirurgia. Na avaliação física, foram registrados cifose na região torácica, ombros enrolados, cabeça anteriorizada, escoliose, lordose lombar e ilíaco rodado para esquerda. Apresentava bastante edema e líquidos retidos. Primeiro, foram realizadas sessões de drenagem linfática para reduzir o edema e desintoxicar o organismo dos efeitos da cirurgia. Nas sessões posteriores, começamos um tratamento preventivo na região cicatricial, pois apresentava pouquíssimos locais aderidos e com pequenas formações de fibroses. Obtivemos bons resultados nas primeiras 10 sessões de fisioterapia. Essa paciente dizia estar muito contente com o resultado e com a recuperação da cicatriz. Posteriormente, foi encaminhada para tratamentos das correções posturais, como RPG, pilates e terapia manual.

Uma observação importante que deve ser feita é que as três pacientes apresentaram a coluna torácica cifótica. Alguns autores alegam que isso pode ocorrer em razão do estiramento da região abdominal ou da posição antalgica que a maioria das pacientes adota após a cirurgia (que serve também para o alívio da dor).

Discussão

Este estudo teve por objetivo avaliar as principais alterações posturais causadas por ci-

catrizes de cirurgias plásticas, o tipo de cicatriz e também a repercussão de uma cirurgia reparadora na vida das mulheres que se submetem a ela. A pesquisa foi realizada no período pós-operatório com três pacientes que se submeteram a cirurgias plásticas de abdominoplastia e mamoplastia redutora.

Após a realização de uma revisão literária, foi possível identificar o tipo de cicatriz que cada paciente apresentava, as alterações posturais mais comuns depois de cirurgias e a importância do atendimento fisioterapêutico no período pré e pós-operatório.

A mamoplastia tem sido uma das operações plásticas mais realizadas no Brasil e nos demais países, e vem continuamente evoluindo desde o fim do século XIX. No século XX, especialmente após as contribuições do Dr. Pitanghy, essa cirurgia passou a ser realizada com mais segurança em relação à transposição do complexo areolomamilar e a obtenção de formas adequadas. Desde então, tem sido possível se preocupar e avaliar outros aspectos importantes dessas operações, como o tamanho das cicatrizes e a sensibilidade das mamas^{4,5}. É importante que haja preservação da sensibilidade das mamas, pois a mamoplastia redutora ideal deve criar uma mama do tamanho desejado, com forma agradável, deixar cicatrizes pequenas e pouco perceptíveis, preservar a capacidade de lactação e a sensibilidade do mamilo e da aréola⁵.

As três pacientes analisadas estavam com as cicatrizes hipertróficas, e apenas uma não apresentava regiões queloidianas. Todas receberam tratamento fisioterapêutico PO, visando restabelecer a sensibilidade na região cicatricial e reparo da cicatriz, bem como aderências e fibroses.

A cicatriz hipertrófica é definida como uma lesão elevada, que não ultrapassa os limites da incisão cirúrgica inicial, e apresenta tendência à regressão⁵. Essa cicatriz saliente é uma resposta exagerada do tecido conjuntivo cutâneo a ferimento, intervenção cirúrgica, queimadura ou inflamação importante por algum tipo de lesão. A incidência de cicatriz hipertrófica, assim como de quelóide, é maior em pessoas que não sejam

brancas (negro, pardo, asiático ou amarelo e sujeitos da Europa Mediterrânea). No indivíduo branco, a cicatriz hipertrófica é menos frequente no loiro em relação ao moreno. No Brasil, em razão do extenso entrecruzamento entre pessoas de cor de pele diferentes (miscigenação étnica), há dificuldade em estimar a incidência de cicatrizes hipertróficas e queloidianas. A freqüência de cicatriz hipertrófica é, provavelmente, maior que a de quelóide, mas ainda não há estudos estatísticos específicos. A cicatriz hipertrófica pode ocorrer em todas as faixas de idade, mas tende a se desenvolver mais freqüentemente na puberdade, sendo rara em pessoas acima dos 60 anos. Não há relato sobre maior incidência no sexo masculino ou feminino^{5,6}.

A presença de quelóides, ou cicatrizes hipertróficas, na maioria das vezes, não é esteticamente aceitável para o paciente. Ainda hoje, não existe uma terapêutica isolada, ou associação de técnicas universalmente aceitas, que permita um tratamento efetivo e evite as recorrências^{4,5,6}.

Têm sido demonstrados níveis elevados de TGF (fator de crescimento tumoral beta) nos fibroblastos dos quelóides, o que pode ser, em parte, a origem do processo de reparo patológico que termina na formação de quelóides durante a cicatrização dos tecidos^{5,6}. Estudos realizados apontam existir um componente genético e hereditário na propensão ao desenvolvimento do quelóide⁷.

A drenagem linfática manual (DLM) é um método de mobilização da linfa que retira o acúmulo de líquidos de determinadas regiões corporais, resultando em melhora local da oxigenação e de sua circulação nos tecidos, na aceleração da cicatrização, no aumento da capacidade de absorção de hematomas e equimoses e melhoria no retorno da sensibilidade^{1,8}. A DLM é representada, principalmente, por duas técnicas, a de Leduc e a de Vodder. Ambas as técnicas associam três categorias de manobras: captação, reabsorção e evacuação da linfa. Tais manobras são realizadas com pressões suaves, lentas, intermitentes e relaxantes¹.

Além da drenagem linfática realizada no período PO, foram utilizadas outras técnicas de tratamento na região da cicatriz, como uso de ultra-som, de cosméticos ortomoleculares e massagem de cyriax, que é feita com a ponta dos dedos, no sentido transverso à cicatriz, de maneira rápida e profunda, a fim de romper fibroses e aderências que possam formar-se nesse período^{1,11,14}. Foi aplicada também a técnica de drenagem vacuumlinfática manual, que utiliza manobras precisas e específicas para serem trabalhadas na região cicatricial¹³.

Uma das pacientes deste estudo fez algumas aplicações tópicas de corticóide e também injetáveis, mas não obteve resultado significativo. Os "corticóides" foram usados pela primeira vez no tratamento dos quelóides, em 1950, e, desde então, se tornaram uma das terapêuticas mais utilizadas. Sabe-se que os corticóides inibem a síntese protéica e a migração dos fibroblastos, mas o exato mecanismo da redução do colágeno ainda permanece desconhecido. A administração pode ser feita por via sistêmica, tópica e infiltrativa. A administração sistêmica tem sido abandonada pela maior possibilidade de produzir efeitos colaterais. Os corticóides tópicos em forma de cremes ou pomadas diminuem a dor e o prurido; já as infiltrações, além de abolirem os sintomas, podem reduzir o volume da lesão⁹.

Notou-se que as três pacientes apresentaram a coluna torácica cifótica. Alguns autores apontam que o estiramento da região abdominal e a posição antalgica adotada para o alívio da dor após a cirurgia podem ser uma das causas da cifose encontrada nessas três mulheres durante a avaliação^{1,3,5,10}. É muito importante realizar uma avaliação completa para que se possam alcançar os objetivos do tratamento pós-operatório^{2,10,12}.

Vale ressaltar que a fisioterapia dermatofuncional está cada vez mais em evidência e se articula também com outras áreas da fisioterapia, proporcionando recursos e técnicas ainda mais eficazes, a fim de promover melhora e bem-estar dos pacientes¹⁵.

Outro dado importante é que as pacientes que apresentaram formação de fibrose e retração

cicatricial também possuíam desvios na coluna e desnívelamento dos ombros, sendo mais baixo o lado da mama que mostrava maior aderência.

A postura cifótica, na maioria dos casos, é decorrente da dor, retração da pele, cicatriz ou reação psicológica em relação ao resultado da cirurgia. Isso contribui para má biomecânica de ombro e, eventualmente, restringe o uso ativo dos membros inferiores, no caso das pacientes submetidas à cirurgia de mama^{2, 18}. A postura correta consiste no alinhamento do corpo com eficiências fisiológicas e biomecânicas máximas, o que minimiza estresses e sobrecargas nos sistemas de apoio pelos efeitos da gravidade¹⁷. A postura considerada correta pode ser afetada também por ações externas, dando origem aos desvios posturais^{16, 17}.

No quadro pós-operatório é possível observar ainda algumas outras alterações, como diminuição da expansibilidade torácica com respiração apical em decorrência da sensação de aperto produzida pela plicatura muscular¹⁹. A sensação de ardência na incisão, hipersensibilidade e repuxamento abdominal também estão presentes nesse período e diminuem com a flexão dos quadris, dos membros inferiores e do tronco²⁰.

Conclusão

Tendo em vista os objetivos da pesquisa, conclui-se que o atendimento fisioterapêutico no período pós-operatório das cirurgias plásticas de mamoplastia redutora e abdominoplastia contribuiu para o reparo da cicatriz e a aceleração do seu processo de cicatrização, reduziu e preveniu aderências, diminuiu os edemas causados pela cirurgia, além de ter agido de maneira reabilitadora e preventiva ao realizar-se avaliação postural dessas pacientes, encaminhando-as para tratamentos mais específicos.

Portanto, para afirmar que as principais alterações posturais encontradas foram causadas pelas cicatrizes das cirurgias, seria necessário um acompanhamento dessas pacientes também no período pré-operatório, realizan-

do uma avaliação postural antes e depois da cirurgia plástica.

No período pós-operatório, em razão do estiramento da pele da região abdominal na abdominoplastia, da posição antalgica adotada pelas pacientes para promover o alívio da dor e pelas regiões hipertróficas e aderidas, não se pode afirmar que os desvios posturais encontrados sejam somente em decorrência das cicatrizes dessas cirurgias. Precisa-se fazer um acompanhamento e uma avaliação no período pré-operatório, para afirmar que as alterações posturais encontradas no PO sejam mesmo decorrentes de cicatrizes das cirurgias.

Referências

1. Guirro ER. Fisioterapia dermatofuncional. 3^a ed. São Paulo: Manole; 2002.
2. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos; Fundamentos e técnicas. 3^a ed. São Paulo: Manole; 1998.
3. Salgado A. Escola de Terapia Manual e Postural. Londrina: Leal; 2008.
4. Chiari A. Sensibilidade da mama antes e após a mamoplastia com cicatriz curta em L. [Tese] Belo Horizonte: Univ Fed de Minas Gerais, 2006.
5. Kreider JW, Haft HM, Roode PB. Growth of human skin on the hamster. J Invest Dermatol 1971;57(1):66-71.
6. Magno C, Ávila D, Mattar C, Ruiz R, Ward M. Uso do tamoxifeno no tratamento de quelóides. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2006;8(4):18-24.
7. Wolf JE, Hubler WR. Tumor angiogenic factor and human skin tumors. Arch Dermatol 1975;111:321-7.
8. Godoy JMP, Torres CAA. Self-drainage lymphatic technique. Angiology. 2001;52(8):573-4.
9. Novelino AL. Principais características das cicatrizes queloideanas. Rev Bras Dermatol. 2004 nov./dez.;9(2):38-56.
10. Santos A. Diagnóstico clínico postural: um guia prático. 2^a ed. São Paulo: Summus; 2002.
11. Winkel DP. Medicina ortopédica pelo método de Cyriax. 1^a ed. São Paulo: Santos; 1990.

12. Sullivan SB. Fisioterapia avaliação e tratamento. 2^a ed. São Paulo: Manole; 1993.
13. Fernández MI. Terapia vacuumlinfática manuale. Editorial SEPeM, Via Giovanni Livraghi, Milano (Itália); 2001.
14. Coutinho F. Método Cyriax. [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2008 out. 2]; Disponível em: <http://www.wgate.com.br/fisioweb>
15. Milani G, Amado S, Farah E. Fundamentos da fisioterapia dermato-funcional. Fisioter Pesq. 2005 mai.;13(1):37-43.
16. Bienfait M. Fisiologia, patologia e tratamento fisioterápico. São Paulo: Summer; 1995.
17. Palmer LM. Fundamentos das técnicas de avaliação musculoesquelética. 2^a ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2000.
18. Braz M, Brongholi K, Bulgarelli F. Avaliação das alterações posturais em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada. [Dissertação]: Unisul Santa Catarina; 2003.
19. Perez A, González GZ. Experiência clínica em abdominoplastia. Cirurgia Plástica São Paulo. 1999;9(3):112-9.
20. Soares LSA. Estudo comparativo da eficácia da drenagem linfática manual e mecânica no pós-operatório de abdominoplastia. RBPS Fortaleza/CE. 2005;18(4):199-204.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
AS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES POSTURAIS EM DECORRÊNCIA DAS CICATRIZES DE CIRURGIAS PLÁSTICAS**

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo pesquisador Marcele Melgarejo Antunes, em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado como AS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES POSTURAIS EM DECORRÊNCIA DAS CICATRIZES DE CIRURGIAS PLÁSTICAS, cujo objetivo é avaliar as principais alterações posturais causadas por cicatrizes decorrentes de cirurgias plásticas. Será avaliado também a sensibilidade na região cicatricial, o aspecto e o nível de satisfação da paciente em relação a cicatriz. Diante dessa avaliação previa, pode-se começar a traçar uma linha de tratamento. Os dados serão coletados a partir de uma anamnese corporal e uma avaliação física.

A pesquisa não oferece risco ou danos à saúde das mulheres que serão sujeitos de pesquisa, e sim uma possibilidade de tratamento fisioterápico se for o caso, reduzindo a incidência de complicações pós-operatórias, e também posturais ou recebendo informações para que possam ter maior consciência corporal. Ou se for verificado alguma alteração significativa, o encaminhamento dessa paciente para outras modalidades de tratamento.

Os benefícios da pesquisa podem ser de uma maior consciência corporal no período PO das cirurgias plásticas e o descobrimento de possíveis alterações posturais que podem estar causando alguma dor ou desconforto.

Todas as mulheres envolvidas na pesquisa estarão cientes dos objetivos estabelecidos e procurarão responder às dúvidas que poderão surgir no decorrer dessa pesquisa. Caso as pesquisadoras não estiverem em condições de responder, anotarão no próprio instrumento de pesquisa os questionamentos e atenderão as mulheres com a maior brevidade possível.

As participantes que não concordarem em responder aos questionários poderão fazê-lo sem constrangimento algum e terão a liberdade de retirar seu consentimento de participação na pesquisa, face a essas informações sobre os benefícios da atenção fisioterapêutica.

Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____, (responsável pelo menor, se for o caso) após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o Professor Dr. _____, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, (que o(a) meu(minha) filho(a), se for o caso) _____ participe do mesmo.

Local, data

Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Eu, Marcele Melgarejo Antunes, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora no endereço abaixo relacionado(s):

Nome: Marcele Melgarejo Antunes

Endereço: Pinheiro Machado, 3100

Telefone: (55) 99632119

e-mail: celeantunes@hotmail.com

ANEXO 1

Ficha de avaliação das pacientes

Nome:

Idade:

Tipo de cirurgia: Abdominoplastia() Mamoplastia()

Tempo de PO:

Tipo de cicatriz: Queloideana() Atrófica() Hipertrófica()

Perguntas:

1. Qual o motivo da cirurgia?
2. O que a levou a optar por fazer uma cirurgia plástica?
3. Está satisfeita com o resultado?
4. Está satisfeita com a cicatrização?
5. Sente coceira ou dor na região da cicatriz?
6. Você notou alguma alteração postural depois da cirurgia?
7. Faz uso de algum medicamento ou creme para acelerar o processo de cicatrização?

Avaliação Postural:

Vista anterior:

1- CABEÇA: () inclinada () rodada () anteriorizada
2- OMBROS: E mais alto () D mais alto() () enrolados

3-CINTURA:

4.QUADRIL:

5-JOELHOS: () varo () valgo () recurvatum

6- PÉ: () invertido () evertido () plano () chato

Vista Posterior:

ESCÁPULAS: () D mais alta () E mais alta () alada

Roda de bicicleta:

Escoliose:

Cifose:

Lordose:

Outras informações relevantes:

ANEXO 2