

# Perfil clínico de pacientes atendidos em fisioterapia assistencial à cirurgia plástica: análise retrospectiva

## *Clinical profile of patients treated in physical therapy care to plastic surgery: retrospective analysis*

Pascale Mutti Tacani<sup>1</sup>; Rogério Eduardo Tacani<sup>2</sup>; Aline Fernanda Perez Machado<sup>3</sup>; Alani Eleutério Peroni<sup>4</sup>; Mariana Acosta e Silva<sup>4</sup>; José Octávio Gonçalves de Freitas<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, Mestre em Ciências pela Disciplina de Cirurgia Plástica – Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo, SP – Brasil.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, Mestre em Ciências do Movimento – Universidade de Guarulhos – UNG, São Paulo, SP – Brasil.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, Mestranda em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Cirurgia Translacional – Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo, SP – Brasil.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, Especializanda do curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Fisioterapia Dermatofuncional – Universidade Cidade de São Paulo – Unid. C.

<sup>5</sup>Cirurgião Plástico, Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Cirurgia Translacional – Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo, SP – Brasil.

### Endereço para correspondência

Pascale Mutti Tacani  
Av. Nazaré, 28, Ipiranga  
04262-000 – São Paulo – SP [Brasil]  
pascale.tacani@hotmail.com

### Resumo

**Introdução:** Para que um serviço de fisioterapia possa oferecer tratamento adequado aos pacientes pós-cirurgia plástica, é preciso compreender as necessidades, limitações e queixas desses sujeitos. **Objetivo:** Identificar o perfil dos pacientes atendidos em fisioterapia assistencial à cirurgia plástica. **Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo por análise de prontuários do setor de Fisioterapia do Hospital Ipiranga, São Paulo (SP), de fevereiro de 2009 a julho de 2010. A análise estatística foi descrita em porcentagem, média e desvio-padrão, sendo utilizados os testes de igualdade de duas proporções e Mann-Whitney. **Resultados:** Foram incluídos 102 prontuários de pacientes, destes, 96,1% do gênero feminino, com faixa etária de 45±13 anos, submetidos à abdominoplastia (50,5%) e à blefaroplastia (19,2%), apresentando queixas de dor (34,3%) e edema (33,3%). **Conclusão:** O perfil clínico de pacientes atendidos em fisioterapia assistencial à cirurgia plástica caracterizou-se por mulheres, por volta de 45 anos, submetidas a abdominoplastias e blefaroplastias, com dor e edema.

**Descritores:** Cirurgia plástica; Dor; Edema; Fisioterapia; Perfil de saúde.

### Abstract

**Introduction:** In order to offer an appropriate physiotherapy service for plastic surgery patients, it is necessary to understand their characteristics, needs, limitations and complaints. **Objective:** To identify the profile of patients treated in outpatient physical therapy care to plastic surgery. **Methods:** A retrospective study by medical records analysis of the outpatient Physical Therapy of the Ipiranga Hospital, Sao Paulo (SP), from February 2009 to July 2010, was carried out. Statistical analysis was described in percentage, mean and standard deviation, and used Equality Test of Two Proportions and Mann-Whitney. **Results:** It were included 102 medical records, being 96.1% female, with mean age of 45±13 years old, submitted to abdominoplasty (50.5%) and blepharoplasty (19.2%), and showing complaints of pain (34.3%) and edema (33.3%). **Conclusion:** The clinical profile of patients treated in outpatient physical therapy care to plastic surgery was characterized by woman, about 45 years old, submitted to abdominoplasty and blepharoplasty with pain and edema.

**Key words:** Edema; Health profile; Pain; Physical therapy specialty; Surgery, plastic.

## Introdução

No campo da cirurgia plástica, o Brasil tem-se destacado na última década, ocupando o segundo lugar dentre os países com maior número de médicos cirurgiões plásticos experientes e de procedimentos cirúrgicos realizados. Dados da International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) mostraram que, em 2010, foram realizados 9.462.391 procedimentos cirúrgicos no mundo, com finalidade estética, sendo 1.592.106, no Brasil<sup>1</sup>.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica<sup>2</sup>, no período de setembro de 2007 a dezembro de 2008, os procedimentos realizados no país, variaram de 73% para cirurgias estéticas; e 27%, para reparadoras; sendo a maioria efetuada em hospitais particulares (58%), clínicas (28%) e hospitais públicos (14%).

Em face desse grande crescimento da cirurgia plástica, muitos pacientes têm procurado tratamentos no período pós-operatório, com objetivo de alcançar uma recuperação mais rápida e com menos complicações. Tem-se observado que a maioria dos indivíduos nessas condições apresenta um perfil bem exigente no sentido de não tolerarem complicações, independentemente de nível socioeconômico<sup>3</sup>. Estudos mostram que mais médicos cirurgiões plásticos tem encaminhado seus pacientes submetidos a diferentes procedimentos cirúrgicos para tratamentos pós-operatórios, de 84,8%, em 2005<sup>4</sup>, para 93%, em 2011<sup>5</sup>.

Apesar dos avanços tecnológicos e educacionais dos procedimentos cirúrgicos, certas complicações podem ocorrer devido ao próprio ato cirúrgico, a fatores de risco prévios ou à evolução pós-operatória<sup>6-8</sup>. A atuação da fisioterapia vem sendo aliada à cirurgia plástica a fim de prevenir e/ou minimizar eventos pós-operatórios, complicações, disfunções físico funcionais, além de promover qualidade de vida<sup>9,10</sup>. Dentre as principais complicações apontadas, destacam-se deiscência de ferida operatória, hematoma, infecção, aderência e fibrose cicatricial, edema, dor, parestesia, equimose e

seroma<sup>6-10</sup>. Na prática clínica, a fisioterapia tem demonstrado melhora significativa em diversas dessas complicações, bem como o retorno mais rápido do paciente ao exercício de suas atividades<sup>9,10</sup>. Entretanto, para que um serviço de fisioterapia possa oferecer tratamento adequado aos pacientes, estes últimos devem ser caracterizados para que, assim, sejam mais bem compreendidas suas necessidades, limitações e queixas, podendo, dessa forma, ser traçado um programa de prevenção e reabilitação coerente com tais questões. Além disso, o profissional de fisioterapia deve atuar levando em consideração não apenas o perfil e as características gerais do paciente submetido à cirurgia plástica, mas também determinar se os sujeitos em atendimento fisioterapêutico apresentam mais complicações, eventos pós-operatórios, queixas e disfunções e se, desse modo, podem representar um perfil de público com diferentes necessidades. Diante disso, objetivou-se neste estudo identificar o perfil clínico dos pacientes atendidos em um ambulatório de fisioterapia assistencial à cirurgia plástica, por meio da análise retrospectiva de prontuários.

## Material e métodos

Estudo retrospectivo por análise de prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de Fisioterapia Assistencial à Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga, de caráter público, pertencente ao Governo do Estado de São Paulo, cidade de São Paulo, no período de fevereiro de 2009 a julho de 2010. Esse projeto teve aprovação do Comitê de Ética do Centro Universitário São Camilo, sob nº 31/10; e foi realizado mantendo-se o sigilo e o anonimato das informações, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Foram incluídos todos os prontuários para coleta das informações gerais e de saúde do paciente, e excluídos os incompletos em três ou mais itens e aqueles nos quais o paciente não

realizou o tratamento fisioterapêutico. As informações verificadas foram: identificação do paciente, do gênero, da faixa etária, do Índice de Massa Corporal (IMC), do diagnóstico médico, do tempo de pós-operatório, do diagnóstico fisioterapêutico e das queixas.

O IMC foi obtido dividindo-se a massa corporal em kg pela estatura em m<sup>2</sup> e pontuado conforme a classificação internacional de baixo peso, sobrepeso e obesidade determinada pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization – WHO)<sup>11</sup>, em 2013.

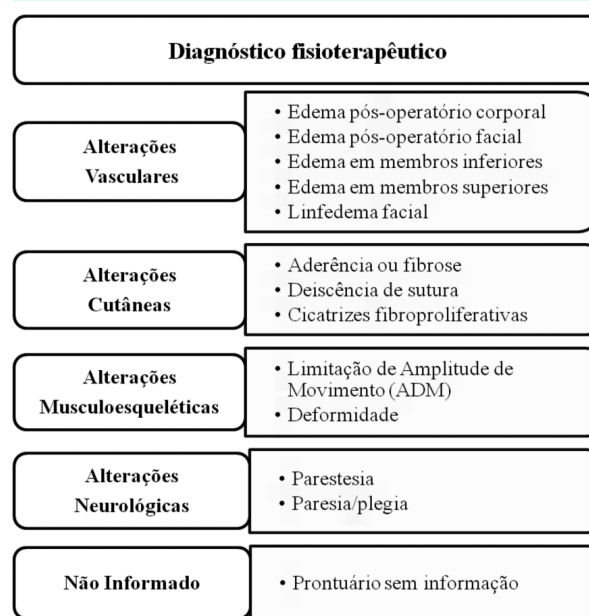
O diagnóstico médico foi dividido em pré-operatório e pós-operatório, sendo esses subdivididos de acordo com o tipo de procedimento cirúrgico a ser realizado (reconstrução de mama e de cabeça e pescoço) ou que foi realizado (abdominoplastia, blefaroplastia, correção da ginecomastia, correção da hidradenite, dermolipectomia crural, braquial, enxerto, lipoaspiração, mamoplastia, mentoplastia, retalho facial, rino-plastia, ritidoplastia).

O tempo de pós-operatório foi classificado em meses, considerando-se de 1 a 3, 3 a 6, 6 a 9 e 9 a 12 meses e, a partir disso, em anos, 1 a 2, 2 a 5 e 5 a 10 anos.

O diagnóstico fisioterapêutico foi categorizado em alterações vasculares, cutâneas, musculoesqueléticas, neurológicas e não informado, sendo cada categoria subdividida, conforme quadro na Figura 1, a seguir:

As queixas foram categorizadas em relação ao que o paciente referiu: dor, edema, disfunção articular, muscular ou cicatricial.

A análise estatística foi descritiva para faixa etária e IMC, e os dados apresentados em porcentagem, média e desvio-padrão. O teste de igualdade de duas proporções foi utilizado para avaliar a distribuição relativa das variáveis: gênero, diagnóstico médico, tempo de pós-operatório, diagnóstico fisioterapêutico e queixa. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparação entre gênero x faixa etária, e entre gênero x IMC. O nível de significância foi estipulado em 5% ( $p \leq 0,05$ ).



**Figura 1:** Categorização do diagnóstico fisioterapêutico e suas respectivas subdivisões

## Resultados

Foram selecionados 108 prontuários, sendo 5,6% (n=6) excluídos, totalizando 94,4% (n=102) que foram analisados. O gênero feminino prevaleceu (96,1%; n=98;  $p < 0,001$ ) em relação ao masculino (3,9%; n=4). A faixa etária média geral foi a de 45,5±12,9 anos, sendo a das mulheres 45,5±13anos; e dos homens, 46,8±11,9 anos, sem diferença significativa ( $p=0,737$ ). Quanto ao IMC, o valor médio geral foi o de 25,7±4,21 kg/m<sup>2</sup>, sendo o das participantes mais baixo (25,6±4 kg/m<sup>2</sup>) que o dos voluntários (28,5±7,6 kg/m<sup>2</sup>), porém sem diferença significativa ( $p=0,307$ ).

O diagnóstico médico foi dividido em pré-operatório, com 7,8% (n=8), e pós-operatório, com 92,2% (n=94;  $p < 0,001$ ). Os procedimentos propostos no pré-operatório foram a reconstrução de cabeça e pescoço (12,5%; n=1) e a de mama (87,5%; n=7;  $p=0,003$ ). No pós-operatório, a abdominoplastia foi o procedimento mais realizado ( $p < 0,001$ ), como apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1:** Distribuição dos procedimentos cirúrgicos atendidos no pós-operatório

Procedimento	N	%	p-valor
Abdominoplastia	50	50,5*	<0,001
Blefaroplastia	19	19,2	
Mamoplastia	11	11,1	
Lipoaspiração	5	5,1	
Retalho facial	3	3	
Dermolipectomia crural	2	2	
Ginecomastia	2	2	
Hidradenite	2	2	
Dermolipectomia braquial	1	1	
Enxerto de pele	1	1	
Mentoplastia	1	1	
Rinoplastia	1	1	
Ritidoplastia	1	1	

\*valor de  $p < 0,05$  considerado significativo; teste de igualdade de duas proporções.

O tempo de pós-operatório mais frequente foi entre 1 e 3 meses (42,2%;  $n=43$ ), com diferença significativa entre os demais períodos ( $p < 0,001$ ): 3 a 6 meses (10,8%;  $n=11$ ), 6 a 9 meses (7,8%;  $n=8$ ), 9 a 12 meses (4,9%;  $n=5$ ), 1 a 2 anos (9,8%;  $n=10$ ), 2 a 5 anos (5,9%;  $n=6$ ) e 5 a 10 anos (5,6%;  $n=5$ ).

O diagnóstico fisioterapêutico mais frequente foi o relacionado a alterações vasculares com diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre os demais diagnósticos, como mostra a Tabela 2.

**Tabela 2:** Distribuição do diagnóstico fisioterapêutico

Alterações	N	%	p-valor
Vasculares	79	77,5*	<0,001
Cutâneas	50	49	
Musculoesqueléticas	8	7,8	
Neurológicas	6	5,9	
Não Informado	5	4,9	

\*Valor de  $p < 0,05$  considerado significativo; teste de igualdade de duas proporções.

Com relação ao diagnóstico fisioterapêutico, as categorias (alterações vasculares, cutâneas, musculoesqueléticas e neurológicas) foram subdivididas conforme demonstrado na Tabela 3.

**Tabela 3:** Distribuição do diagnóstico fisioterapêutico e respectivas subdivisões

Diagnóstico fisioterapêutico	N	%	p-valor
<b>Alterações Vasculares</b>			
Edema corporal	50	63,3*	<0,001
Edema facial	21	26,6	
Linfedema MMSS	5	6,3	
Edema MMII	2	2,6	
Linfedema facial	1	1,3	
<b>Alterações Cutâneas</b>			
Aderência/Fibrose	37	74*	<0,001
Deiscência	12	24	
Fibroproliferativas	1	2	
Hematomas	5	10	
<b>Alterações Musculoesqueléticas</b>			
Limitação de ADM	8	100*	<0,001
Deformidade	0	0	
<b>Alterações Neurológicas</b>			
Parestesia	6	100*	<0,001
Paresia/Plegia	0	0	

\*valores de  $p < 0,05$  considerados significantes; teste de igualdade de duas proporções; MMSS: membros superiores, MMII: membros inferiores, ADM: amplitude de movimento.

Dentre as queixas principais apontadas pelos pacientes, observaram-se a dor e o edema, como as mais prevalentes e sem diferença significativa entre si ( $p=0,882$ ), conforme ilustrado na Tabela 4.

**Tabela 4:** Queixas dos pacientes categorizadas em cinco aspectos

Queixa relacionada	N	%	p-valor
Dor	35	34,3	<0,001*
Edema	34	33,3	<0,001*
Disfunção cicatricial ou cutânea	10	9,8	
Disfunção muscular	8	7,8	
Disfunção articular	7	6,9	

Teste de igualdade de duas proporções. Valores de  $p < 0,05$  considerados significantes; \* Valor de  $p$  na comparação entre dor e as demais queixas, e entre edema com as demais queixas; \*\*Valor de  $p$  na comparação entre dor e edema.

## Discussão

O cenário dos serviços de saúde está mudando rapidamente conforme as questões socioeconômicas e políticas, e o grande crescimento da atuação do fisioterapeuta juntamente com o aumento de cirurgia plástica mostra-se um reflexo desse panorama. A pesquisa científica nessa área torna-se, portanto, essencial para a evolução da prática fisioterapêutica baseada em evidências<sup>12</sup>, tendo-se, com o estudo aqui apresentado, a possibilidade de demonstrar as necessidades e características da população atendida pelo Sistema Único de Saúde.

O estudo foi retrospectivo permitindo a compreensão de fatores de exposição prévios, e a delimitação das diretrizes para futuros estudos prospectivos<sup>13</sup>; porém, houve a exclusão de dados por informações incompletas nos prontuários, assim como nos estudos de Pitanguy et al.<sup>14</sup>, os quais analisaram 86 prontuários de pacientes operadas para troca, retirada ou reinclusão de implantes, em um período de cinco anos, na Clínica Ivo Pitanguy, no Rio de Janeiro, e Tacani et al.<sup>15</sup>; em que pesquisaram 51 prontuários para traçar o perfil clínico de pacientes atendidos em fisioterapia dermatofuncional na clínica da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

Dos prontuários analisados, a maioria dos pacientes atendidos era do gênero feminino (96,1%), corroborando outros estudos, os quais mostraram que o público feminino frequentou mais os serviços de saúde do que o masculino<sup>16,17</sup>. Apesar do crescimento do número de homens submetidos às cirurgias plásticas, a participação das mulheres ainda é maior tanto em procedimentos estéticos (88%) como em reparadores (59%)<sup>2</sup>. Tal prevalência pode ser decorrente do padrão de beleza vigente, da insatisfação com a imagem corporal<sup>18</sup> e do impacto que as mudanças físicas causam na sexualidade<sup>18,19</sup>.

Em relação à faixa etária, neste estudo, a média foi a de 45 anos, caracterizando uma população de idade mais alta em relação ao apontado por Tournieux et al.<sup>18</sup>, os quais avaliaram 90 pacientes submetidos à cirurgia plástica estética

no Instituto Ivo Pitanguy, sendo 96% do gênero feminino, e o maior grupo etário, de 21 a 35 anos; porém, van Ramshorst et al.<sup>7</sup> observaram idades entre 18 e 95 anos, em 1.450 prontuários de pacientes submetidos à abdominoplastia.

Para o IMC, também não foi observada diferença significativa entre os gênero, sendo  $25,6 \pm 4$  kg/m<sup>2</sup>, para as mulheres; e  $28,5 \pm 7,6$  kg/m<sup>2</sup>, para os homens. Ambos apresentaram-se com sobrepeso, conforme classificação pela World Health Organization<sup>11</sup> corroborando outros trabalhos<sup>20,21</sup> nos quais também se observou sobrepeso nos pacientes submetidos às cirurgias plásticas, como no estudo de Glatt et al.<sup>21</sup>, cuja média de IMC foi a de  $26,36 \pm 4,12$  kg/m<sup>2</sup> para as 110 pacientes que efetuaram mastoplastia redutora.

As mulheres com sobrepeso estão sujeitas a maior sofrimento psicológico, pois apresentam imagem corporal distorcida, superestimando seu quadro de sobrepeso, demonstrando maior preocupação, desconforto com o corpo e fragilidade emocional, os quais podem levar a insatisfação pós-operatória ou maior número de queixas<sup>22</sup>. No atual estudo, foram analisadas as reclamações ligadas aos aspectos físicos apenas e não as relacionadas à satisfação com a cirurgia. Apesar disso, pode-se relacionar pelo IMC que a população analisada apresentou perfil emocional de caráter exigente, uma vez que a busca pelo corpo esguio e com formas harmônicas leva a um quadro de insatisfação pessoal permanente, estresse e alterações de ordem psicológica, alimentar ou social<sup>22</sup>. Assim, o suporte do atendimento fisioterapêutico no pós-operatório também pode contribuir para que o paciente reorganize sua imagem corporal e vivencie o período de insatisfação com menos queixas e sofrimento<sup>3</sup>.

Com relação ao diagnóstico médico, 92,2% foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, sendo a abdominoplastia o mais prevalente (50,5%), seguida pela blefaroplastia (19,2%) e mastoplastia (11,1%), estando os demais procedimentos com 8% ou menos. A prevalência de tipos de cirurgias varia conforme a procura e a prestação de serviços, pois Tournieux et al.<sup>12</sup> realizaram um maior número de mastoplastias

(35,2%) e abdominoplastias (29,7%), assim como dados da International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS)<sup>1</sup> mostraram que os procedimentos mais realizados no Brasil em ordem crescente foram: lipoaspiração (436.887), mamioplastia de aumento (254.214), blefaroplastia (155.543), abdominoplastia (125.600) e rinoplastia (106.609). Além disso, a abdominoplastia pode ter sido o procedimento mais realizado devido à procura para as correções das deformidades da parede abdominal, que tem como principais causas a grande perda ponderal pós-tratamento da obesidade, a distensão abdominal, flacidez cutânea, lipodistrofia localizada, hérnia, ressecção de tumores extensos, múltiplas gestações, cirurgias prévias e a diástase muscular<sup>23</sup>.

A maioria dos pacientes foi atendida do primeiro ao terceiro mês (42,2%) da cirurgia e mesmo sendo o período mais recente neste estudo, muitas complicações podem ser prevenidas ou tratadas em fases mais precoces do pós-operatório, como nos primeiros 15 dias<sup>10</sup>, incluindo melhora da viabilidade de retalhos e enxertos<sup>24,25</sup>. Possivelmente, o enquadramento tardio se deva à demora na marcação de consultas, problema observado em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>26</sup>, mas que necessita de adequação para que a atuação fisioterapêutica possa ser efetiva tanto na prevenção como na promoção de saúde<sup>10,26</sup>.

Com relação ao diagnóstico fisioterapêutico, encontrou-se a prevalência de edemas pós-operatórios distribuídos nas regiões corporais, em 63,3%, e nas faciais, em 26,6% dos pacientes, confirmando procedimentos cirúrgicos mais prevalentes, abdominoplastia e blefaroplastia, respectivamente. Dentre as alterações cutâneas, observou-se prevalência de aderências e fibroses cicatriciais (74%), seguidas pelas deiscências da ferida operatória (24%) e, em menor porcentagem, pelas alterações musculoesqueléticas, como limitação da amplitude de movimento e alterações neurológicas, por exemplo, parestesias. Da mesma forma, as queixas apontadas pelos pacientes estão de acordo com o quadro clínico pós-operatório. A dor é o principal sin-

toma que leva os indivíduos a procurarem serviços de saúde, especialmente as mulheres<sup>17,26</sup>, e foi a queixa mais encontrada (34,3%) juntamente com edema (33,3%), presentes pelo processo inflamatório que se desenvolve na fase pós-operatória<sup>10,24</sup>. Para Jabaiti et al.<sup>27</sup>, tais complicações apareceram em 25% dos 116 pacientes submetidos à abdominoplastia; entretanto, no estudo de Momeni et al.<sup>28</sup>, essas ocorreram em menor grau, em 28,8% da amostra; e em maior, para 11,5% das 139 pacientes que realizaram esse tipo de cirurgia. No estudo aqui mostrado, observou-se uma maior prevalência de complicações que o apontado na literatura<sup>6-8,14,27</sup>, possivelmente por ter sido uma pesquisa desenvolvida no ambulatório de fisioterapia, cujos casos encaminhados tendem a ser aqueles com complicações pós-operatórias.

As principais limitações encontradas neste estudo, além do caráter retrospectivo, podem estar relacionadas à caracterização de um serviço público, não abrangendo toda a realidade da área, assim como a possibilidade de amostras maiores. Apesar disso, mostrou-se pioneiro no panorama de caracterização dos pacientes atendidos em fisioterapia assistencial à cirurgia plástica. Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos de forma multicêntrica para ampliar os diferentes aspectos da atuação fisioterapêutica relativa à cirurgia plástica. Com base nos achados aqui apresentados, os profissionais podem ter maior embasamento para encaminhar os pacientes ao tratamento fisioterapêutico pós-operatório, assim como os fisioterapeutas que atuam nessa área, podem prescrever atendimento específico com base nas características clínicas dos pacientes.

## Conclusão

Concluiu-se que o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de fisioterapia assistencial à cirurgia plástica no âmbito público, caracterizou-se pelo gênero feminino, em torno de 45 anos de idade, com sobrepeso, encaminhadas

no pós-operatório de abdominoplastia e blefaroplastia, no período que compreende o primeiro e o terceiro mês, com alterações vasculares – caracterizadas pelos edemas corporais e faciais – e cutâneas – determinadas por aderências, fibroses e deiscências de sutura –, incluindo as queixas de dor e edema.

## Referências

1. International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). Pesquisa global da ISAPS revela tendências nos procedimentos e predominância geográfica [Internet]. New York: ISAPS, 2011 [acesso em 2012 out 9]. Disponível em: <[http://www.isaps.org/files/html-contents/ISAPS Results - Procedures in 2011. pdf](http://www.isaps.org/files/html-contents/ISAPS%20Results%20-%20Procedures%20in%202011.pdf)>.
2. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Pesquisa da Datafolha Instituto de Pesquisas. A Cirurgia Plástica no Brasil [Internet]. São Paulo: SBCP, 2009 [acesso em 2012 out 10]. Disponível em: <<http://www2.cirurgiaplastica.org.br/images/Docs/pesquisa2009.pdf>>.
3. Hetter GP, Herhahn F. Experience with “lipolysis”: The Illouz technique of blunt suction lipectomy in North America. *Aesthetic Plast Surg*. 1983;7:69-76.
4. Tacani RE, Alegrance FC, Assumpção J D’A, Gimenes RO. Investigação do encaminhamento médico a tratamentos fisioterapêuticos de pacientes submetidos à lipoaspiração. *Mundo saúde*. 2005;29(2):192-8.
5. Flores A, Brum KO, Carvalho RM. Análise descritiva do encaminhamento médico a tratamentos fisioterapêuticos dermato-funcionais nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias plásticas cosméticas. *Mundo saúde*. 2011;35(4):408-14.
6. Karthikesalingam A, Kitcat M, Malata CM. Abdominoplasty in patients with and without pre-existing scars: a retrospective comparison. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011;64:369-74.
7. Van Ramshorst GH, Nieuwenhuizen J, Hop WCJ, Arends P, Boom J, Jeekel J, et al. Abdominal wound dehiscence in adults: development and validation of a risk model. *World J Surg*. 2010;34:20-7.
8. Araco A, Gravante G, Sorge R, Araco F, Delogo D, Cervelli V. Wound infections in aesthetic abdominoplasties: the role of smoking. *Plast Reconstr Surg*. 2008;121:305-10e.
9. Antunes MM, Domingues AC. As principais alterações posturais em decorrência das cicatrizes de cirurgia plásticas. *ConScientiae saúde*. 2008;7(4):509-17.
10. Meyer PF, Barros HMM, Santos ML, Medeiros JOM, Nunes SL. Protocolo fisioterapêutico para o pós-operatório de blefaroplastia. *Ter Man*. 2010;8(35):60-5.
11. World Health Organization (WHO) [Internet]. Global Database on body mass index. Geneva: WHO, 2013 [acesso em 2013 Mar 28]. Disponível em: <[http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)>.
12. Landry MD, Goldstein M, Stokes E. Physiotherapy Health Services Research (PHSR): the road ‘that must now be taken’. *Physiother Res Int*. 2012;17(2):63-5.
13. Grimes DA, Schulz KF. Cohort studies: marching towards outcomes. *The Lancet*. 2002;359:341-5.
14. Pitanguy I, Amorim NFG, Ferreira AV, Berger R. Análise das trocas de implantes mamários nos últimos cinco anos na clínica Ivo Pitanguy. *Rev Bras Cir Plast*. 2010;25(4):668-74.
15. Tacani PM, Machado AF, Tacani RE. Perfil clínico dos pacientes atendidos em fisioterapia dermatofuncional na clínica da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2009;6(21):36-43.
16. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):565-74.
17. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(5):401-8.
18. Tournieux TT, Aguiar LFS, Almeida MWR, Prado LFAM, Radwanski HN, Pitanguy I. Estudo retrospectivo da avaliação da qualidade de vida e aspectos psicossociais em cirurgia plástica estética. *Rev Bras Cir Plast*. 2009;24(3):357-61.
19. de Brito MJA, Nahas FX, Bussolaro RA, Shinmyo LM, Barbosa MVJ, Ferreira LM. Effects of abdominoplasty on female sexuality: a pilot study. *J Sex Med*. 2012;9:918-26.
20. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998;101(6):120-5.

21. Glatt BS, Sarwer DB, O'Hara DE, Hamori C, Bucky LP, LaRossa D. A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999;103:76-82.
22. Kakeshita, IS e Almeida, SS. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(3):497-504.
23. Carlos M, Souza A, Silveira C, Silva C. Body lift tratamento do contorno corporal em pacientes ex-obesos. *Rev Bras Cir Plast.* 2008;23(4):294-301.
24. Tacani PM, Liebano RE, Pinfildi CE, Gomes HC, Arias VE, Ferreira LM. Mechanical stimulation improves survival in random-pattern skin flaps in rats. *Ultrasound Med Biol.* 2010;36(12):2048-56.
25. Silva EB, Maniscalco CL, Éspér GVZ, Guerra RR, Kerppers II. Análises macro e microscópicas de enxertos cutâneos por sementeira após laserterapia de baixa intensidade. *Rev Col Bras Cir.* 2013;40(1):44-8.
26. Siqueira FV, et al. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(4):663-8.
27. Jabaiti SK. Risk factors for wound complications following abdominoplasty. *Am J Applied Sci.* 2009;6(5):897-901.
28. Momeni A, Heier M, Torio-Padron N, Penna V, Bannasch H, Stark BG. Correlation between complication rate and patient satisfaction in abdominoplasty. *Ann Plast Surg.* 2009;62:5-6.

