

Um Protocolo para Avaliação Fisioterapêutica dos Níveis de Fibrose Cicatricial em Pós-Operatório de Lipoaspiração Associada ou não à Abdominoplastia

Fábio Luis Fernandes Lisboa*

Patrícia Froes Meyer**

Daliana Karine Alves***

Sílvia Campos Wanderley***

A Physical Therapy Evaluation Protocol, to Measure the Levers of Cysts Fibrosis in the Postoperative of Liposuction, Associated or not to Abdominal Plastic

SUMMARY

Liposuction is a very much requested surgical procedure. This technique improves the contour, increasing safety and reducing scars. However, the use of this procedure presents complications such as bruises, seroma, infections, loss of substances, Dermato hypopigmentation, clot fatness and undulations. Little is made in order to solve this problem. With Dermatofunctional physical therapy, new treatment forms are used in an attempt to reduce complications. Manual massages and manual lymphatic drainage are used, along with electrotherapy resources. This descriptive research, had the purpose of develop and validate an instrument, to evaluate the levels of Cysts Fibrosis in the postoperative of liposuction, associated or not to abdominal plastic. The study had 11 participants (all females), that presented as post-surgical complication, characteristic signs of Cysts Fibrosis. It was made a physical therapy evaluation, where several levels of Cysts Fibrosis were classified, through the application of the Protocol of Evaluation of Cysts Fibrosis Levels - PANFIC. The PANFIC was developed after a review in the current literature. For this instrument validation several methodological procedures were used: a panel of experts, by three physical therapists specialist in Dermatofunctional, with purpose of analyzing the instrument;

face validity, application of the instrument by five physical therapy students in order to provide technical feedback; reliability procedures, to measure the consistency among the scores obtained through a pilot test. Results demonstrated that the use of PANFIC presented a consistency index of 87,08% in whole the instrument, showing that it is ready to be used evaluation and treatment of liposuction postoperative.

Key words: Physical therapist evaluation; cysts fibrosis; liposuction.

RESUMO

A lipoaspiração é um procedimento cirúrgico que vem sendo muito solicitado. Contudo, desde a utilização deste procedimento, complicações são observadas como hematomas, seromas, infecções, perda de substâncias, hiperpigmentação cutânea, embolia gordurosa e ondulações. Neste caso, pouco é feito para que se possa tratar o problema. Com a fisioterapia dermatofuncional, novas formas de tratamento vêm sendo utilizadas na tentativa de reduzir essas complicações. Esta pesquisa, de caráter descritivo, teve como propósito o desenvolvimento e validação de um instrumento de coleta de dados para a avaliação dos níveis de fibrose cicatricial no pós-operatório de lipoaspiração associada ou não à abdominoplastia.

Participaram 11 indivíduos do sexo feminino, que apresentaram, como complicação pós-cirúrgica, sinais característicos de fibrose cicatricial. Uma avaliação fisioterapêutica foi realizada para que fossem classificados

*Doutor em Filosofia, Ph.D pela Ohio State University, Columbus, USA.

** Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

*** Graduada em Fisioterapia pela Universidade Potiguar.

os diversos níveis de fibrose cicatricial, através da aplicação do Protocolo de Avaliação dos Níveis de Fibrose Cicatricial (PANFIC). Foi desenvolvido após uma revisão da literatura corrente. Para validação deste instrumento foram utilizados alguns procedimentos metodológicos tais quais: painel de experts, que consistiu em uma análise realizada por três fisioterapeutas especialistas em dermatofuncional; validade de face, aplicação do instrumento realizado por cinco estudantes de fisioterapia a fim de fornecerem comentários sobre ele; índice de segurança do instrumento, para medir a consistência entre os escores obtidos através de um teste piloto. Os resultados demonstraram que a utilização do PANFIC apresentou um critério de consistência de 87,08% em todo o instrumento, tornando-o apto a ser utilizado em avaliações e tratamentos de pós-operatório de lipoaspiração.

Palavras-chave: Avaliação fisioterapêutica; fibrose cicatricial; lipoaspiração.

INTRODUÇÃO

Difícil de definir mas fácil de perceber, a beleza sempre foi e sempre será a grande procura do ser humano. Ao longo da história da humanidade, os padrões de beleza têm sofrido inúmeras modificações. Tais padrões estão registrados em estatuetas pertencentes a culturas primitivas e nas fotografias do mundo moderno, demonstrando como a arte encontrou uma forma de expressar e perpetuar a beleza através dos tempos. No Brasil, uma grande parcela da população feminina vem se preocupando com a sua forma física, procurando alcançar o padrão de beleza exigido pela nossa sociedade. Essas mulheres geralmente se submetem a uma série de sacrifícios, entre eles: dietas, medicamentos, rotinas de tratamento estéticos, exercícios exaustivos, terapias alternativas e intervenções cirúrgicas, entre outros (Souza Pinto; Reyes Jr; Martinez, 1999).

A lipoaspiração é um processo que se baseia fundamentalmente na aspiração de adiposidade, localizada nas mais diversas regiões do corpo como mento (queixo duplo), dorso, abdômen, nádegas, culotes e face interna do joelho. A retirada dessa adiposidade se faz através de cânulas de vários calibres, pontas, furos e sucção por bomba de uma atmosfera conectadas a um lipoaspirador ou a seringas para volumes menores (Mendonça; Mendonça, 2001).

Esta técnica logo se destacou entre os demais procedimentos cirúrgicos, pois extrair uma grande quantidade de gordura, através de uma pequena incisão na pele, é um procedimento revolucionário. A lipoaspiração pode ser realizada em qualquer região do corpo desde que o paciente não apresente intercor-

rências clínicas, como diabetes, coagulopatias ou qualquer outra que possa limitar um ato cirúrgico (Avelar, 1996).

Neves et al. (1984) afirmam ser necessário a administração de sangue ou plasma total, quando a gordura retirada ultrapassar 1,5 litros. Pode-se ainda fazer uma avaliação da quantidade de sangue pela quantidade de líquido aspirado no vidro. Segundo ele, o uso do dreno é feito apenas em grandes aspirações, sendo mantido por 24 a 48 horas, em aspirações contínuas. Já Baroudi et al. (1984) afirmam não ser necessário, seguindo-se da sutura da incisão cutânea dentro da rotina operatória.

De acordo com Baroudi et al. (1984), existem dois tipos de procedimentos técnicos que vêm sendo atualmente empregados na realização da lipoaspiração. O primeiro, conhecido como técnica úmida, baseia-se na infiltração de líquidos na área a ser aspirada, à base de soro fisiológico, água destilada e hialuronidase, em soluções que variam conforme a espessura e a densidade do tecido. Segundo Souza Pinto, Martinez, Muniz, Abdalla e Iwamoto (1999), outros cirurgiões utilizam solução hipotônica com hialuronidase por acreditarem que a primeira torna mais fácil a absorção da água pelos tecidos e que a segunda facilita a reabsorção do edema e hematomas. Ele afirma que essa técnica úmida tem a finalidade de romper as membranas celulares, melhorando a aspiração da gordura através do deslocamento dos tecidos, além de oferecer um certo grau de homeostasia. A técnica úmida torna a lipoaspiração menos traumatizante por meio do mecanismo osmótico de embebição das células adiposas. Esses critérios, no entanto, variam de acordo com a experiência de cada cirurgião (Baroudi et al., 1984). Souza Pinto et al. (1999) enfatizam que, nessa técnica, haverá uma limitação do volume de gordura aspirado, necessitando-se de reposição sanguínea ou autotransfusão quando o volume de gordura ultrapassar 2.000 a 2.500 ml.

Procedimentos no pós-operatório

Os cuidados pós-operatórios gerais e locais para a lipoaspiração têm seu início ao término da operação, com o paciente ainda na sala de cirurgia, sob efeito da anestesia geral ou peridural (Baroudi, 1986). De acordo com o mesmo autor, o paciente pode deambular livremente no quarto após a liberação da anestesia e o seu decúbito no leito pode também ser livre. O tempo de internação irá variar de acordo com a extensão das áreas aspiradas, podendo chegar a dois dias.

Baroudi (1986) afirma que o curativo realizado nas áreas operadas irá variar de acordo com a região do corpo. Para as regiões do abdômen superior e inferior,

flancos, coxas, nádegas, culotes, súpero-interna e anterior das coxas, faz-se necessário a compressão por meio de uma cinta elástica durante a primeira semana de pós-operatório. É recomendada uma compressão extra com esponjas à base de poliuretano, recortadas de acordo com a extensão da região a ser aspirada. Esta compressão ocorre por no máximo 48 horas. D'Assumpção (1984) afirma que, após o período de uma semana, retira-se a cinta para controle das regiões operadas e se autoriza o paciente a tomar seu banho diário, retirando-a mesma somente com esta finalidade. A cinta deverá ser usada de maneira contínua por 15 dias. Após este período, o seu uso passa a ser descontinuo.

Baroudi (1986) enfatiza que, durante a primeira semana de pós-operatório, haverá restrições de todas as atividades diárias de uma pessoa normal como repouso, deambulação, atividades esportivas, exposição ao sol, dirigir automóvel, entre outros. Segundo Silva (2001), nos dias que sucedem a operação, pode-se evidenciar uma significativa força tênsil no tecido aspirado. A partir deste momento, o trabalho fisioterápico faz-se necessário para reavênção de possíveis fibroses ou retrações, podendo ser iniciado no período de 72 horas a 15 dias após a cirurgia.

Atuação fisioterapêutica no pós-operatório de lipos aspiração

De acordo com Silva (2001), a lipos aspiração, no Brasil, é uma das técnicas cirúrgicas mais realizadas atualmente. A fisioterapia possui um importante papel, tanto no acompanhamento do pós-operatório, como também em uma avaliação fisioterápica prévia à cirurgia. Neste momento, serão analisados aspectos clínicos gerais e as condições da pele (presença de depressões, irregularidade e flacidez). O outro aspecto que deve ser observado é o estado da musculatura abdominal, pois, se existir flacidez nesta região ela poderá influenciar nos resultados estéticos finais da cirurgia. A fisioterapia deverá atuar previamente ao ato cirúrgico, para que se obtenha um melhor resultado.

No dia seguinte, após o ato cirúrgico, o paciente deve ser estimulado a movimentar-se sendo importante que ele se encontre bem hidratado. Pode ocorrer presença de dor na região operada, se houver compressão. Ele deverá ser orientado para os cuidados do uso da cinta modeladora e de peças íntimas (Silva, 2001).

No pós-operatório das lipos aspirações, o trabalho fisioterápico tem sido amplamente indicado, devido aos eventos clínicos comuns como edema, equimoses, lipo-destruição, retração cicatricial, hematomas, fibroses e outros. As equimoses podem desaparecer num período de duas a três semanas, enquanto o edema pode

persistir de três a quatro meses. Porém, com o acompanhamento fisioterápico, pode-se observar sua recidiva em até sete semanas. A sensibilidade pode se encontrar diminuída e com o tempo tende a se normalizar (Silva, 2001).

O trabalho fisioterápico, relata a mesma autora, pode ser iniciado num período de 72 horas a 15 dias, após o ato cirúrgico, pois neste momento é possível atuar na prevenção de fibroses ou retrações. Durante esta fase, as manipulações devem ser de forma precoce e gradativa e devem ser realizadas técnicas desobstrutivas e drenagem linfática manual. Esta última, de acordo com Guirro e Guirro (2002), além de atuar sobre o edema e hematoma, pós lesão, desempenha um papel auxiliar na reparação de ferimentos, devido à ação do fibrinogênio da linfa, que é o elemento responsável pela formação de coágulos que irão formar as barreiras protetoras das lesões. Essa manobra deve ser realizada de forma suave e rítmica, acompanhando a velocidade dos linfagions e a direção da circulação linfática. O ultra-som (3 MHz) utilizado no pós-operatório imediato está ligado diretamente ao processo de cicatrização. O objetivo da utilização dessa modalidade de energia precoce é proporcionar melhora tanto na circulação sanguínea como na linfática, tornando possível uma melhor nutrição celular. A reabsorção do hematoma é muito importante nesta primeira fase, pois a sua evolução pode favorecer a formação de fibrose. Nos casos em que ocorram aderências e fibroses, a energia ultra-sônica pode ser utilizada como coadjuvante na diminuição dessas seqüelas, aumentando o seu tempo de aplicação ou intensidade. Um outro recurso a ser utilizado é a vacuoterapia ou depressoterapia, que consiste na aplicação de uma pressão negativa sobre a pele, oferecida por diversos tipos de aparatos, com ciclos de aplicações reguláveis, que irá gerar um efeito de ventosa. As chances de diminuir a fibrose com a utilização desse método são bastante evidentes nas cicatrizes recentes, sendo também observado nas lesões antigas possibilitando assim o seu remodelamento. Porém, a sua atuação na reabsorção de edema e utilização no pós-cirúrgico imediato é discutível (Guirro e Guirro, 2002).

Os recursos eletroterápicos podem ser utilizados na presença de dor tardia, após uma avaliação prévia para conhecimento da sua causa primária. Apesar de não existirem pesquisas nesta área, a utilização do laser terapêutico tem apresentado bons resultados. É indicado o uso de filtro solar e contra-indicado a exposição direta ao sol no decorrer do tratamento, com a finalidade de evitar quadros de hiperpigmentação cutânea. A fisioterapia, após o 15º dia estende o seu trabalho através de um acompanhamento para uma cicatrização e reestruturação tecidual adequada (Silva, 2001).

A subjetividade da avaliação deste processo e a escassez de literatura sobre o assunto foram pontos críticos encontrados para a realização desse trabalho. Para que o tratamento apresente bons resultados, não basta somente a execução precisa da técnica, uma avaliação minuciosa é imprescindível. Além disso, a comprovação dos benefícios e da eficácia dos tratamentos em fisioterapia dermatofuncional constitui uma fonte de referência para futuros estudos e crescimento científico da área. Portanto, este estudo irá beneficiar os fisioterapeutas que trabalham na área de dermatofuncional, realizando atendimentos a pacientes com fibrose cicatricial. A utilização de um novo método de avaliação para quantificar o nível de fibrose cicatricial será de grande valor para a sua prática diária. Este estudo propôs o desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação da fibrose cicatricial em pós-operatório de lipoaspiração, classificando seus níveis através de critérios pré-estabelecidos.

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização da pesquisa, população e amostra

Este estudo se caracterizou por ser uma pesquisa descritiva, visando o desenvolvimento e validação de um instrumento de coleta de dados para a avaliação dos níveis de fibrose cicatricial no pós-cirúrgico de lipoaspiração e/ou lipoaspiração associada à abdominoplastia.

A população do estudo se constituiu de pacientes submetidas à cirurgia de lipoaspiração da parede abdominal e/ou lipoaspiração associada à abdominoplastia, que se encontravam em tratamento fisioterapêutico em uma clínica de cirurgia plástica e em uma clínica de fisioterapia dermatofuncional, localizadas na cidade de Natal, Rio Grande do Norte. A amostra foi aleatória e composta por 11 mulheres, com faixa etária entre 17 e 51 anos, submetidas à cirurgia de lipoaspiração na parede abdominal e/ou lipoaspiração associada à abdominoplastia.

Após a cirurgia, as pacientes apresentaram sinais de fibrose cicatricial e foram submetidas a duas avaliações para classificação dos níveis de fibrose, através de critérios pré-estabelecidos. Elas se encontravam em um período de 1 a 3 meses de pós-cirúrgico. As avaliações foram realizadas na Clínica Escola da Universidade Potiguar, na Clínica Medicare e no Hospital do Coração da cidade de Natal, Rio Grande do Norte. Essas avaliações foram realizadas por um fisioterapeuta e duas doutorandas, que aplicaram um termo de consentimento e uma ficha de avaliação. As avaliações foram registradas através de fotografias.

Desenvolvimento do instrumento

O instrumento foi denominado de Protocolo de Avaliação dos Níveis de Fibrose Cicatricial – PANFIC, sendo desenvolvido no período compreendido entre os dias 17 de setembro a 25 de outubro de 2001. Ele apresenta as seguintes características:

Identificação: onde são registrados o nome, endereço, idade, data da cirurgia e data da avaliação realizada com o paciente.

Anamnese: iniciada pela queixa principal, seguida pela história da doença atual (HDA), contendo informações detalhadas sobre a cirurgia, antecedentes patológicos (AP) – com o objetivo de obter informações relativas às doenças anteriores – e antecedentes familiares (AF), coletando-se informações sobre a saúde dos pais, avós, irmãos e tios.

Exame físico: dividido em inspeção e palpação, devendo ser iniciado pela inspeção. Neste item, são observados critérios como: posição antálgica, edemas, hematomas, equimoses e petéquias, avaliados de acordo com sua presença, ausência e localização. O critério “cicatrices” se refere à localização, enquanto o “aspecto da pele” analisa a cor e o tônus. Um dos pontos mais importantes do exame físico se refere à “palpação”. Através desse procedimento, é possível identificar a presença ou ausência de “dor” (inclusive sua localização), a existência de “aderência cicatricial” e também a presença de “edema”, constatando-se o fato dos mesmos possuírem caráter positivo ou negativo. A avaliação da “sensibilidade” é fundamental para constatar seu estado normal, aumentado ou diminuído. Detectar a presença ou ausência de “fibrose” e sua posterior classificação é um dos principais objetivos do instrumento. Assim, através da palpação e observação das áreas corporais críticas, o examinador poderá classificar a fibrose em quatro níveis, obedecendo os seguintes critérios:

NÍVEL ZERO (N₀): não foi detectado indícios de fibrose após a avaliação visual e a palpação, nas posições: ereta e decúbito dorsal e ventral.

NÍVEL UM (N₁): a fibrose somente é detectada após a palpação da região avaliada, com o paciente em decúbito dorsal e ventral.

NÍVEL DOIS (N₂): a fibrose é detectada após a avaliação visual do paciente na posição ereta. Entretanto, nas posições de decúbitos (dorsal e ventral) a detecção é feita após a palpação.

NÍVEL TRÊS (N₃): a fibrose é detectada após a avaliação visual, estando o paciente tanto na posição ereta quanto nos decúbitos dorsal e ventral.

O Tratamento Fisioterapêutico é o último item do instrumento, sendo essa parte dividida em objetivos e conduta. O fisioterapeuta deverá prescrever um tratamento específico baseado nos resultados da avaliação que será realizada.

Bases literárias para a inclusão de itens no instrumento

Para inclusão dos itens no instrumento de avaliação foi efetuada uma pesquisa na literatura corrente. Os itens foram selecionados através da avaliação de sinais e sintomas presentes em pacientes submetidos à cirurgia de lipos aspiração associada ou não à abdominoplastia e à identificação e anamnese presentes nas diversas fichas observadas.

Estratégias usadas para validade do instrumento

PAINEL DE EXPERTS: foram consultados três fisioterapeutas especialistas em dermatofuncional para realizarem uma análise do instrumento de avaliação, fornecendo informações necessárias à sua melhoria.

VALIDADE DE FACE: cinco estudantes do Curso de Fisioterapia da Universidade Potiguar (UnP) foram selecionados aleatoriamente para simularem a aplicação do instrumento, fornecendo dados sobre: tempo de aplicação, erros de tipografia, tamanho aceitável do instrumento, tamanho da letra, questões e opções de resposta claras, formato do instrumento e sua avaliação final.

ÍNDICE DE SEGURANÇA DO INSTRUMENTO: foi realizado um teste piloto. Este teste teve o propósito de medir a consistência entre os escores obtidos pelas diferentes aplicações do instrumento, realizadas por um fisioterapeuta e duas doutorandas do Curso de Fisioterapia com o mesmo grupo de pacientes (N=11), em dias alternados. Para comprovar um bom nível de consistência (homogeneidade) dos itens do instrumento, foi estabelecido um percentual mínimo de 80%. Litwin (1995) informa que um percentual de 70% ou mais representa bons níveis de consistência.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Painel de experts

Após a avaliação do Painel de Experts, observou-se a necessidade da inclusão de determinados itens como: sexo, telefone, estado civil, médico responsável, grau de escolaridade e profissão. Estes itens devem estar presentes no instrumento de avaliação - PANFIC, a fim de se obter o maior número possível de dados sobre a identificação do paciente, para promover uma melhor comunicação entre o paciente e o fisioterapeuta. No exame físico, no item "posição antálgica", foi acrescentado qual a posição adotada pelo paciente, com o objetivo de melhorá-la; no item "fibrose" houve um melhor esclarecimento de cada nível, para que não

existissem questionamentos a esse respeito. Com relação ao tratamento a ser proposto, foram incluídos os objetivos a serem seguidos pelo fisioterapeuta. E, por fim, foi aceita a sugestão para modificação do desenho da classificação dos níveis da fibrose. Foi sugerido acrescentar a "religião" sem que fosse vista a necessidade da colocação deste ponto por não interferir na avaliação e nem no tratamento. No ponto que aborda "aderência cicatricial", foi proposto especificar o local da ocorrência, contudo o este já consta no instrumento de avaliação. E no ponto que aborda o tratamento, foi proposto a inclusão de "intercorrências", porém estas podem ser colocadas juntamente com a conduta.

Descrição da validade de face

Na avaliação final da ficha utilizada, três dos avaliadores classificaram-na como sendo "ótima" e dois como "boa". As alternativas "regular" e "insuficiente" não foram marcadas. Após a análise da descrição da validade de face, verificou-se que no item que aborda a "extensão do instrumento de avaliação" - PANFIC dois avaliadores classificaram o mesmo como extenso. Diante disso, foi observada a necessidade de se reduzir sua extensão do mesmo.

Índice de segurança do instrumento

O índice de segurança do instrumento aborda os dados referentes à avaliação dos pacientes para classificar os níveis da fibrose cicatricial. Essa avaliação teve como objetivo medir a consistência do instrumento - PANFIC, através do índice de consistência. Segundo Horvart e Kalakian (1996), "consistência" refere-se ao grau no qual o instrumento mede o que ele alega medir. Para medição do índice de consistência do instrumento, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{n.º de itens iguais} \times 100}{\text{n.º de itens iguais} + \text{n.º de itens diferentes}}$$

Puderam-se verificar os seguintes resultados após a avaliação dos pacientes para classificação dos níveis de fibrose: em duas das avaliações (18,18%) o índice de consistência (IC) foi de 100%, em uma avaliação (9,09%), o IC foi de 95,83%; em uma das avaliações (9,09%) o IC obtido foi de 91,66%; enquanto em 4, 36,36% das avaliações o IC encontrado foi de 83,33% e, ainda, 3; 27,27% das avaliações apresentaram IC de 79,16%. Constatou-se que a média final encontrada para quantificar o índice de consistência do PANFIC foi de 87,08%.

Analisando os critérios pré-estabelecidos, para o índice de consistência do instrumento, que foi de 80%, constatou-se que o PANFIC obedece a esses critérios, já que apresentou um índice médio de 87,08%, ficando acima do mínimo proposto. O índice obtido informa que repetidas medidas com o mesmo instrumento trará sempre os mesmos resultados.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Para uma avaliação detalhada do paciente em pós-operatório de lipoaspiração, associada ou não à abdominoplastia, é necessário primeiro realizar sua identificação, onde serão registrados nome, endereço, idade, sexo, telefone, escolaridade, estado civil, data da cirurgia, data da avaliação e médico responsável. Em seguida, procede-se a anamnese, que deve ter seu princípio pela queixa principal (QP), seguida pela história da doença atual (HDA), antecedentes patológicos (AP) e antecedentes familiares (AF). A anamnese deve ser precisa e bem detalhada, pois um interrogatório bem

feito e bem orientado equivale, em muitos casos, a meio diagnóstico (Carvalho, 1994).

Após realizada uma completa revisão na literatura corrente, viu-se a necessidade da elaboração de níveis para classificar a fibrose cicatricial, através da análise de determinadas características. Esses níveis foram criados baseados na experiência prática por não serem encontrados na literatura. Para a validação do instrumento foram utilizados os procedimentos metodológicos: Painel de Expert, Validade de Face e Índice de Segurança do Instrumento.

No que se refere aos critérios de palpação pré-estabelecidos para a classificação dos níveis de fibrose, foi verificado o índice de segurança de 87,08%. O instrumento, desta forma, tornou-se válido para esse critério, pois, de acordo Litwin (1995), o percentual de 70% ou mais apresenta bons níveis de consistência. Diante dos resultados favoráveis encontrados neste estudo, sugere-se que o PANFIC seja aplicado em todas as pacientes de pós-cirúrgico de lipoaspiração associadas ou não à abdominoplastia, que forem encaminhadas a tratamento fisioterápico. Este instrumento irá auxiliar na avaliação e tratamento destes pacientes.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE FIBROSE CICATRICIAL - PANFIC

Data de avaliação: ____/____/____

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: Masculino Feminino
Endereço: _____ Telefone: _____
Médico responsável: _____ Data da cirurgia: ____/____/____
Estado civil: _____ Idade: _____
Escolaridade: _____ Profissão: _____

II - ANAMNESE

Queixa principal: _____
H.D.A.: _____

Antecedentes familiares: _____

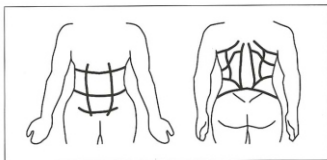
Antecedentes patológicos: _____

III - EXAME FÍSICO

1) Inspeção: _____
Posição antálgica: Sim Não Qual(is)? _____
Edema: Sim Não Local(is): _____

Hematoma: Sim Não Local(is): _____
 Equimose: Sim Não Local(is): _____
 Petéquias: Sim Não Local(is): _____
 Cicatriz: Local(is): _____
 Aspecto da pele: _____

2) Palpação:
 Dor: Sim Não Local(is): _____
 Edema: Cacifo+ Cacifo- Local(is): _____
 Aderência cicatricial: Sim Não local(is): _____
 Sensibilidade: Normal ↑ ↓
 Local(is): _____
 Fibrose: Sim Não



CRITÉRIOS DE PALPAÇÃO PARA OS NÍVEIS DE FIBROSE

- Nível zero (N_0): não foi detectado indícios de fibrose após a avaliação visual e a palpação nas posições: ereta, decúbito dorsal e ventral.
- Nível um (N_1): a fibrose somente é detectada após a palpação da região avaliada, com o paciente em decúbito dorsal e ventral.
- Nível dois (N_2): a fibrose é detectada após a avaliação visual do paciente na posição ereta. Entretanto, nas posições de decúbitos (dorsal e ventral) a detecção é feita após a palpação.
- Nível três (N_3): a fibrose é detectada após a avaliação visual, estando o paciente tanto na posição ereta quanto nos decúbitos, dorsal e ventral.

Observações: _____

IV -TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

1) Objetivos: _____

2) Conduta: _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AVELAR, J. M. Anatomia cirúrgica e distribuição do tecido celular no organismo humano. In: AVELAR, J. M.; ILLOUZ, Y. G. *Lipoaspiração*. São Paulo: Hipócrates, 1986. c.9, p. 45-57.
- BAROUDI, R. Cuidados pós-operatórios, locais e sistêmicos, para lipoaspiração. In: AVELAR, J. M.; Ilouz, Y. G. *Lipoaspiração*. São Paulo: Hipócrates, 1986. c. 18, p. 105-109.
- BAROUDI, R.; CARVALHO, C. G. S.; MORAES, M. Lipoaspiração: nova contribuição no Tratamento da cirurgia do contorno do corpo. *Revista Brasileira de Clínica Terapêutica*. v. 13, n 4, p. 126-133.
- CARVALHO, A. A. ANAMNESE. In: *Semiologia em reabilitação*. São Paulo: Atheneu, 1994. c.1, p.1-14.
- _____. Exame físico geral e especial. In: *Semiologia em reabilitação*. São Paulo: Atheneu, 1994. c. 2 p.15.
- _____. Pré e pós-cirurgia plástica. In: *Fisioterapia Dermatofuncional fundamentos, recursos e patologias*. 3. ed. Ver. Amp. São Paulo: Manole, 2002. c.17 p. 452-461.
- HARVAT, M.; KALAKIAN, L. ASSESSMENT in adapted physical education and therapeutic recreation. 2. ed. Dubuque, IA: Brown & Benchmark, 1996.
- LITWIN, M. *How to measure survey reliability and validity*. Thousand Oaks, CA: SAGE, 1995.
- MENDONÇA, H. C.; LUPPI, L. M. H. *Lipoescultura. Lipoaspiração. Cirurgia plástica estética*. Disponível em: < <http://www.cirurgiaestetica.net/lipo.html>.
- NEVES, R. D.; Pereira, J. F. V.; Leite, G. B. Tratamento de lipodistrofias por lipoaspiração. *Arq. Cat. Med.*. v. 13, n. 4, 1984, p. 267-271.
- SILVA, D. B. A fisioterapia dermatofuncional como potencializadora no pré e pós-operatório de cirurgia plástica. *Revista Físio e Terapia*. 2001. p. 12-15.
- SOUZA PINTO, E. B.; REYES, M. F. C.; JR, W. N. M.; Martinez, Y. P. Os pioneiros e a evolução. In: SOUZA PINTO, E. B. *Lipoaspiração superficial*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. cap. 1, p.01-04.
- SOUZA PINTO, E. B.; MARTINEZ, Y.P.; MUNIZ, A. C.; Abdala, P. C. S. P.; IWAMOTO, H. Técnicas de infiltração. In: SOUZA PINTO, E. B. *Lipoaspiração superficial*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. c.6, p. 31-35.

Recebido em: 7-10-2002

Aceito para publicação em: 10-3-2003

Fábio Luis Fernandes Lisboa
Av. Senador Salgado Filho, 1610
Lagoa Nova - CEP 59056-000
Natal - RN
Fone: (0xx84) 215-1229
Fax: (0xx84) 215-1295
E-mail: fisioterapia@unp.br