

DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTES COM FIBRO EDEMA GELÓIDE

Development and Validated of a Evaluation Protocol Physical Therapy in Patients Affected by Cellulite.

Patrícia Froes Meyer¹

Fábio Luis Lisboa²

Mariana Carvalho R. Alves³

Mirela Bezerra Avelino³

Resumo

O fibro edema gelóide (FEG) é uma afecção multifatorial e para que seu tratamento obtenha resultados positivos é necessária uma avaliação detalhada envolvendo toda propedêutica da anamnese e do exame físico. Esse estudo, de caráter descritivo, teve o propósito de desenvolver e aplicar um instrumento de coleta de dados que permita avaliar o grau do FEG e os níveis das alterações sensitivas decorrentes desta afecção. Assim, será de fundamental importância para os fisioterapeutas que atuam na área de dermatofuncional e aos demais profissionais da área de saúde que atendem pacientes portadoras de FEG. A amostra foi composta por 30 pacientes do sexo feminino com FEG. O instrumento de coleta de dados, Protocolo de Avaliação do Fibro Edema Gelóide (PAFEG), foi desenvolvido após uma extensa revisão na literatura corrente e para validar o mesmo foram utilizados alguns procedimentos metodológicos como questionários de validade de face, realizado com cinco fisioterapeutas que atuam em áreas distintas, e validade de conteúdo, realizado com três fisioterapeutas que atuam na área de dermatofuncional. Por meio destes questionários avaliativos o PAFEG foi analisado em relação à sua aplicabilidade e seu conteúdo, sendo realizadas as adaptações necessárias, a fim de tornar o mesmo mais objetivo e completo. Foi feita uma avaliação fisioterapêutica com pacientes para comprovar a praticidade na aplicação do instrumento. Diante dos resultados obtidos foi possível concluir que o PAFEG é de fácil aplicação e abrange todos os aspectos do FEG, estando apto a ser utilizado em avaliações de pacientes portadoras desta afecção.

Palavras-chaves: Fibro edema gelóide; Fisioterapia dermatofuncional; Protocolo de avaliação.

¹ Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente da disciplina e estágio supervisionado de Fisioterapia Dermatofuncional na Universidade Potiguar – UnP
End.: Av. Gov. Sívio Pedrosa, 200 ap. 1301 Areia Preta, Natal, RN. CEP: 59014100 – Tel: (84) 2026601. Email: pffroes@terra.com.br

² Doutor em Filosofia, Ph.D. pela Ohio State University, Columbus, USA. Coordenador do Curso de Fisioterapia da Universidade Potiguar, UnP.

³ Graduaadas em Fisioterapia pela Universidade Potiguar, UnP.

Abstract

Cellulite is a multi-factorial skin disorder, in order to obtain positive results with the treatment it is necessary a detailed evaluation involving a very basic anamnesis, and also a careful physical examination. This descriptive research had the purpose of develop, validate and implement a data collection instrument to evaluate the degrees of cellulites and the levels of sensitive alterations produced by cellulite. This is a very important instrument for physical therapy professionals in the area of functional dermatology disorders, as well as for other health professional working with cellulites. Thirty female participants with cellulites composed the sample for this study. The instrument of data collection (Cellulite Evaluation Protocol - PAFEG) was developed after an extensive current literature review. Methodological procedures such as face validity questionnaires (answered by five physical therapists from different specialty areas), and content validity questionnaires (answered by three functional dermatology physical therapists), were used in order to validate the instrument. Applicability and content of PAFEG was evaluated using those questionnaires. The necessary adaptations were provided in order to fulfill the needs of objectivity and completeness of the instrument. A physical therapist evaluation was performed with a group of participants to test the practicality in the application of the instrument. By means of the obtained results it was possible to conclude that PAFEG is "an easy to work" instrument, and it also includes all the medical aspects of cellulites. It is totally ready to be used in evaluations of patient affected by cellulites.

Keywords: Cellulite; Functional dermatology physical therapy; Evaluation protocol.

Introdução

Durante a evolução da humanidade o padrão de beleza sofreu várias mutações, onde, devido a grande massificação das comunicações, surgiu uma tendência de padrão estético, no qual a adiposidade e a irregularidade da pele são pouco aceitas pela sociedade. Atualmente, para alcançar o padrão de beleza, a mulher, principalmente, submete-se a uma série de sacrifícios como dietas,

medicamentos, exercícios exaustivos e, até mesmo, intervenções cirúrgicas, na tentativa de aprimorar ou manter uma boa aparência estética (PITANGUY, 1988; SOUZA PINTO et al. 1999).

De acordo com Guirro e Guirro (2002), o termo celulite vem sendo utilizado há algumas décadas, havendo controvérsias quanto à sua utilização, devido ao sufixo "ite", indicativo de inflamação, o que não define seu verdadeiro significado. Muitos termos são utilizados para designar a celulite, contudo, a denominação fibro edema gelóide tem-se demonstrado como conceito mais adequado para descrever a patologia. Segundo Ciporkin e Paschoal (1992), para a maioria dos pesquisadores, o termo celulite, apesar de inadequado, pode ser utilizado, pois é assim conhecido e usado tanto por profissionais da área de saúde como entre as pacientes.

Guirro e Guirro (2002) também afirmam que durante o processo celulítico ocorre uma modificação da substância fundamental amorfa do tecido conjuntivo, produzindo uma reação fibrótica consecutiva que, em graus mais avançados, pode evoluir para esclerose. Em decorrência dessas alterações, ocorre uma compressão contínua dos elementos do tecido conjuntivo, entre eles, terminações nervosas. Com este quadro histopatológico, compreende-se, facilmente, a aparência nodulosa inestética na epiderme e a presença de dor à palpação desproporcional à pressão exercida ou mesmo sem motivo externo. Assim, o fibro edema gelóide, além de ser desagradável aos olhos do ponto de vista estético, ocasionando problemas de ordem psicossocial, originados pela cobrança dos padrões estéticos dos dias atuais, pode, ainda, acarretar problemas álgicos nas zonas acometidas e diminuição das atividades funcionais. Portanto, se de acordo com a Organização Mundial de Saúde, o indivíduo só é saudável quando possui um equilíbrio biopsicossocial, então o fibro edema gelóide já pode ser considerado um problema de saúde.

O aparecimento do fibro edema gelóide tem se tornado um fato preocupante, visto que ele é consequência de diversos fatores. Por se tratar de uma afecção multifatorial, para que o seu tratamento obtenha bons resultados é necessária uma avaliação detalhada, envolvendo toda a propedêutica da anamnese e do exame físico. Num enfoque global, os tratamentos para esta condição clínica compreendem medidas higiênico-dietéticas, terapia física, terapia medicamentosa e tratamento

cirúrgico. A fisioterapia dermato-funcional atua em seu tratamento utilizando recursos como drenagem linfática, ultra-som, endermologia e eletroterapia que possuem maior eficácia quando combinados.

A iniciativa em desenvolver o presente estudo partiu da carência de um instrumento eficaz de avaliação que auxilie no diagnóstico fisioterapêutico do fibro edema gelóide, bem como nos resultados de seu tratamento. Para que o mesmo apresente bons resultados, não basta apenas a execução precisa da técnica, mas também, uma avaliação minuciosa é imprescindível. A subjetividade da avaliação do fibro edema gelóide e a falta de informações sobre esse assunto são fatores indispensáveis para a realização deste trabalho. A finalidade de se utilizar um instrumento para guardar a sensibilidade em pacientes portadoras de FEG, em vários níveis, é quantificar e monitorar a melhora, piora ou estabilidade das terminações nervosas, acometidas em decorrência desta afecção.

Dessa forma, esse estudo será de fundamental importância para os fisioterapeutas que atuam na área de dermato-funcional e aos demais profissionais da área de saúde, que atendem pacientes portadoras de fibro edema gelóide. O desenvolvimento de um instrumento de coleta de dados, que permita avaliar o grau do fibro edema gelóide de forma objetiva e quantificar o nível das alterações sensitivas, será de grande utilidade para a prática clínica diária destes profissionais. Além disso, a comprovação dos benefícios e da eficácia desse instrumento de avaliação constitui uma fonte de referência para futuros estudos e o crescimento científico da área de fisioterapia dermato-funcional.

O propósito desse estudo é desenvolver e aplicar um instrumento de coleta de dados, que permita avaliar de forma precisa o grau do fibro edema gelóide e os níveis das alterações sensitivas em pacientes portadoras desta afecção, possibilitando a otimização dos resultados obtidos tanto na avaliação quanto no tratamento a ser seguido.

Metodologia

Este estudo caracteriza-se como sendo de natureza "descritiva" e a população foi constituída por pacientes portadoras de fibro edema gelóide que se encontravam em tratamento em seis clíni-

cas de fisioterapia dermato-funcional, situadas na cidade de Natal, Rio Grande do Norte. A amostra utilizada na pesquisa foi do tipo probabilística aleatória, composta por 30 indivíduos do sexo feminino portadores de fibro edema gelóide que se encontravam em tratamento, com faixa etária variando entre 20 e 69 anos.

Após a elaboração e validação do instrumento de coleta de dados, as pacientes assinaram um termo de consentimento e foram submetidas a uma avaliação para classificação dos graus do fibro edema gelóide e definição dos níveis de alterações sensitivas.

Desenvolvimento do instrumento de coleta de dados

O instrumento foi denominado Protocolo de Avaliação do Fibro Edema Gelóide - PAFEG, sendo desenvolvido no período 01 a 28 de abril de 2003 e submetido ao processo de validação.

Validação do instrumento

- Validade de face: foram consultados cinco profissionais que atuam nas diversas áreas da fisioterapia, selecionados aleatoriamente, para responder a um questionário, contendo perguntas referentes ao PAFEG, fornecendo informações a respeito do grau de dificuldade na leitura do protocolo, nível de compreensão das questões, clareza nas alternativas de resposta, presença de erros de tipografia, tamanho da letra e a extensão do protocolo, tempo de aplicação e a avaliação geral do mesmo. Para a avaliação da validade de face foi utilizado um questionário proposto por Lisboa (2000).

- Validade de conteúdo: foram consultados três fisioterapeutas, que atuam na área de dermato-funcional, selecionados de forma aleatória, que responderam a um questionário sobre o conteúdo do PAFEG, fazendo seu julgamento técnico a respeito da inclusão ou exclusão de itens no mesmo. Para a avaliação da validade de conteúdo foi utilizado um questionário proposto por Lisboa (2000).

A avaliação da sensibilidade foi um ponto importante deste protocolo, pois se sabe que durante a evolução do FEG este parâmetro se altera, demonstrando piora do quadro. Na palpação foi utilizado o teste da preensão que, segundo Carvalho, (1994) avalia a sensibilidade dolorosa quantificando esta como: sem dor, dor fraca, dor desconfortável, dor angustiante e dor torturante.

Há outro teste de sensibilidade importante no instrumento e deve ser realizado em pacientes que apresentam FEG nos graus moderado e grave, ou seja, que já apresentam alterações de sensibilidade. O examinador poderá quantificar os níveis de alterações sensitivas por meio dos monofilamentos de Semmes-Weinstein (BELL, 1984; MOREIRA; CAMPOS, 1999).

- Monofilamento Verde – 0,05g: sensibilidade dentro dos limites normais.

- Monofilamento Azul – 0,2g: tato leve diminuído.

- Monofilamento Roxo – 2,0g: sensação protetora diminuída e perda do tato leve.

- Monofilamento Vermelho escuro – 4,0g: perda da sensação protetora e do tato leve.

Após a realização de todas as etapas metodológicas de validação, o instrumento passou por diversas alterações para ser aplicado, sendo apresentado com as seguintes características (Anexo 01).

Resultados

Os resultados mais importantes obtidos após a aplicação do instrumento em pacientes portadoras do FEG serão descritos a seguir:

A idade das pacientes portadoras de FEG que foram avaliadas variou de 20 a 69 anos, com uma média de 44 anos, prevalecendo a faixa etária de 20 a 40 anos (70%). Guirro e Guirro (2002) afirmam que com o passar da idade, razões de ordens endógena e exógena podem estabelecer condições de agravamento e expansão, tanto dos estados de obesidade quanto do FEG.

Em relação aos antecedentes familiares, verificou-se que 96,67% das pacientes avaliadas apresentavam história familiar de FEG em parentes de primeiro grau. No estudo realizado por Francischelli, Junqueira e Francischelli (2000), afirmam existir uma tendência genética ao desenvolvimento do FEG e foi também encontrado um número considerável de pacientes que possuem antecedentes familiares com FEG.

Quanto às alterações microcirculatórias, observou-se que 80% das pacientes apresentavam microvarizes e 20% não apresentavam; 63,33% das pacientes apresentavam telangiectasias. Segundo Ciporkin e Paschoal (1992), as pacientes com FEG apresentam sinais, como microvarizes e

telangiectasias, por tentativa de revascularização superficial em decorrência de fragilidade capilar.

Foi possível observar, em relação aos distúrbios endócrino-metabólicos, que 63,33% das pacientes apresentavam algum distúrbio. Para Rossi e Vergnanini (2000), vários fatores endócrino-metabólicos, como diabetes e disfunção hormonal (principalmente do estrogênio), podem modificar o equilíbrio das proteoglicanas e glicosaminoglicanas na SFA. Ciporkin e Paschoal (1992) relatam que é importante a influência desses fatores para uma compreensão da fisiopatologia do FEG.

Sobre os distúrbios emocionais, a maioria das pacientes avaliada (53,33%) apresentava algum distúrbio emocional. De acordo com Rossi e Vergnanini (2000), perturbações emocionais levam a um aumento de catecolaminas que, em altas concentrações, estimulam a lipogênese, causando um excesso da gordura corporal. A gordura corporal tem um papel importante na formação do FEG.

Em relação ao número de filhos, 50% das pacientes tiveram, pelo menos, uma gestação e 50% não tiveram nenhuma gestação. Segundo Rossi e Vergnanini (2000), a relação da gravidez com o FEG está associada com um aumento em certos níveis hormonais e, além disso, o próprio útero gravídico atua como uma barreira mecânica para retorno venoso, aumentando a estase circulatória.

Sobre o uso de medicamentos, verificou-se que a maioria das pacientes (60%) fazia uso e 40% não usavam nenhum tipo de medicamento. Dentro da maioria, 40% tomava medicamentos à base de hormônios esteróides. Francischelli, Junqueira e Francischelli (2000) afirmam que a relação dos hormônios esteróides femininos com o FEG é evidente. Ciporkin e Paschoal (1992) e Rossi e Vergnanini (2000) concluem relatando que o estrogênio apresenta causa significativa no surgimento do FEG, onde vários fatores se dirigem para explicar a colaboração deste na etiologia do FEG. Esta afirmação justifica a presença de uma alta incidência de pacientes que faziam uso de medicamentos a base de hormônios esteróides.

Foi verificado que todas as pacientes apresentavam adiposidade localizada. Em relação ao local das adiposidades localizadas, constatou-se que a maior parte das pacientes (56,67%) apresentou adiposidade localizada nas regiões ginecóides, enquanto 33,33% apresentavam um padrão misto e apenas 10% apresentavam nas regiões andróides.

De acordo com Hexsel e Oliveira (2000), as regiões mais afetadas pelo FEG, em geral, são aquelas em que ocorre obesidade na mulher. Complementando, Meirelles et al. (1996) afirmam que o acúmulo de gordura na mulher ocorre nas regiões ginecóides.

A respeito da flacidez muscular, foi possível observar que a maioria das pacientes (83,33%) apresentou flacidez muscular, associada ao FEG. Para Francischelli, Junqueira e Francischelli (2000), a associação do FEG com a flacidez muscular é um fato importante e decorrente da vida sedentária ou a prática de exercícios leves, que não são suficientes para obter um aumento e manutenção da massa muscular.

Verificou-se, com relação à aderência tecidual, que 60% das pacientes apresentavam e 40% não apresentavam. De acordo com Rossi e Vergnanini (2000), um dos sinais clínicos do FEG, encontrados na palpção, é a diminuição da mobilidade por aderência tecidual aos planos mais profundos.

Com relação à dor resultante ao teste da preensão, verificou-se que a maior parte das pacientes (56,67%) referiu dor fraca, 33,33% não referiam dor, 6,67% referiam dor desconfortável, 3,33% referiam dor angustiante e nenhuma das pacientes referiu dor torturante. Para Guirro e Guirro (2002), o teste da preensão provoca na paciente uma sensação dolorosa incômoda maior do que a normal, caso já exista alteração de sensibilidade por compressão das terminações nervosas livres.

Em relação à forma do FEG, constatou-se que a forma predominante foi a flácida (73,34%), seguida pela forma dura (23,33%) e forma edematosa (3,33%), nenhuma paciente apresentou a forma mista. Estes achados podem ser confirmados por Ciporkin e Paschoal (1992), quando os mesmos afirmam que o FEG flácido é a forma mais importante e freqüente, tanto em número quanto nas manifestações aparentes.

Quanto ao grau do FEG, percebeu-se que nenhuma das pacientes apresentava apenas o grau brando; 80% das pacientes apresentavam grau brando e moderado e apenas 20% delas apresentavam os graus brando, moderado e grave.

Sobre o teste de sensibilidade tátil, verificou-se a necessidade de realizá-lo em todas as pacientes, visto que 80% delas apresentavam o grau moderado e 20% apresentavam os graus moderado e grave em pelo menos uma região do corpo,

pois segundo Ulrich (1982), a partir do grau moderado do FEG já é possível existir alterações sensitivas. Percebeu-se, portanto, em relação à sensibilidade tátil, que 70% das pacientes sentiram o monofilamento verde, que representa sensibilidade normal; 13,33% sentiram o monofilamento azul, que representa tato leve diminuído; 13,33% sentiram o monofilamento roxo, que representa sensação protetora diminuída e perda do tato leve; e somente 3,33% sentiram o monofilamento vermelho escuro, que representa perda da sensação protetora e do tato leve.

Ao relacionar os resultados do teste da preensão com a forma do FEG, constatou-se que, das 17 pacientes que referiam dor fraca ao teste da preensão, 12 apresentavam forma do FEG flácida, 4 apresentavam forma do FEG dura e 1 apresentava forma do FEG edematosa; das 2 pacientes que referiam dor desconfortável ao teste da preensão, todas apresentavam forma do FEG dura; a única paciente que referia dor angustiante ao teste da preensão apresentava forma do FEG dura e das 10 pacientes que não referiam dor, todas apresentavam forma do FEG flácida. Comprovando estes resultados, Ciporkin e Paschoal (1992) afirmam que o FEG flácido é a forma mais importante e freqüente, não exercendo pressão demasiadamente forte sobre vasos e nervos. Rossi e Vergnanini (2000) relatam que o FEG duro apresenta formas rígidas, compactas e sem mobilidade e Ciporkin e Paschoal (1992) concluem que esta forma caracteriza-se por impossibilidade de deslizar os planos superficiais da pele sobre os planos profundos, além de ser maior a sensibilidade dolorosa quando provocada.

Foram relacionados também o resultado do teste da preensão com os graus do FEG e constatou-se que: das 17 pacientes que referiam dor fraca, 12 apresentavam grau brando e moderado, onde esta dor foi verificada nos locais que apresentavam FEG moderado, 5 pacientes apresentavam grau brando, moderado e grave, onde esta dor esteve presente tanto nos locais que apresentavam FEG moderado quanto FEG grave; das 2 pacientes que referiam dor desconfortável, todas apresentavam grau brando e moderado, onde esta dor foi verificada nas regiões com FEG moderado; apenas 1 paciente referiu dor angustiante, onde esta apresentava grau brando e moderado, com dor localizada nos locais com FEG moderado; 10 pacientes não apresentavam quaisquer tipos de dor, onde 9 apresentavam grau brando e moderado e

1 apresentava graus brando, moderado e grave. Ulrich (1982) afirma que no FEG brando não há aumento da sensibilidade dolorosa, no FEG moderado, há um aumento da sensibilidade dolorosa e no FEG grave, a sensibilidade dolorosa está bastante aumentada.

Ao demonstrar a relação das alterações de sensibilidade tátil com o grau do FEG foi verificado que das 21 pacientes que sentiram o monofilamento verde, todas apresentavam graus do FEG brando e moderado; das 4 pacientes que sentiram o monofilamento azul, 1 apresentava graus brando e moderado, 3 apresentavam graus brando, moderado e grave; das 4 pacientes que sentiram o monofilamento roxo, 2 destas apresentavam graus brando e moderado e 2 apresentavam graus brando, moderado e grave e que a única paciente que sentiu o monofilamento vermelho escuro, apresentava graus brando, moderado e grave. Confirmando esses resultados, Bell (1984) afirma que, de acordo com os níveis crescentes dos monofilamentos, a sensação cutânea primeiro diminui no toque leve e evolui até a perda da sensibilidade tátil.

Considerações finais

Foi possível avaliar que o PAFEG é de fácil aplicação e permite classificar, de forma adequada e objetiva, o grau do FEG, bem como os níveis das alterações sensitivas quando estas estiverem presentes. Assim, o profissional ao utilizar o PAFEG terá condições de programar um plano de tratamento de maneira mais segura e eficaz, respeitando a particularidade de cada paciente.

Após a aplicação do PAFEG, os resultados coletados comprovaram a multifatorialidade do FEG já abordada na literatura. Cabe ao profissional considerar que idade, genética, alterações circulatórias, distúrbios endócrino-metabólicos, gestações, uso de medicamentos, presença de adiposidade localizada, flacidez cutânea e muscular e a falta de atividade física como aspectos fundamentais para uma boa anamnese e abordagem clínica do FEG.

Ao relacionar as alterações como dor, sensibilidade tátil diminuída e teste de prensão positivo com a forma e o grau do FEG foi possível constatar a complexidade desta patologia e as seqüências da evolução do seu quadro. Portanto,

o FEG deve ser tratado como um problema de saúde e deixar de ser uma preocupação puramente estética, já que pode interferir na funcionalidade do indivíduo.

Em razão dos resultados favoráveis obtidos com esta pesquisa, recomenda-se a aplicação do PAFEG em todas as pacientes portadoras de FEG que procurarem orientações e tratamentos especializados e que outros estudos sejam efetuados para permitir a generalização dos resultados desta pesquisa para outras populações, já que o PAFEG encontra-se validado e foi comprovada a sua eficácia. É importante a realização de outras pesquisas apresentando uma amostra maior e que acompanhem a evolução das pacientes que estejam sendo submetidas a um tratamento de fisioterapia dermatofuncional para que seja possível realmente comprovar a eficácia destes tratamentos para o FEG.

Agradecimentos

À Universidade Potiguar pela grande oportunidade.

Referências

- BELL, J. A. Semmes-weinstein monofilament testing for determining cutaneous light touch/deep pressure sensation. **The Star**, p. 8-11, nov./dec. 1984.
- CARVALHO, A. A. Anamnese. In: _____. **Semiologia em reabilitação**. São Paulo, SP: Atheneu. 1994. p. 1-14.
- CIPORKIN, H.; PASCHOAL, L. H. C. **Atualização terapêutica e gisopatogênica da Lipodistrofia Ginóide (LDG) "celulite"**. São Paulo, SP: Santos, 1992.
- FRANCISCHELLI, M.; JUNQUEIRA, L. O. R.; FRANCISCHELLI, R. T. **Hidrolipodistrofia: avaliação epidemiológica e uma proposta de classificação [artigo científico]**. 2000. Disponível em: <http://www.sbme.org.br/f-revista.htm>. Acesso em 15 nov. 2002.
- GUIRRO, E. C. O.; GUIRRO, R. R. J. **Fisioterapia Dermato-Funcional: fundamentos, recursos, patologias**. 3. ed. São Paulo, SP: Manole. 2002.

HEXSEL, D. M.; OLIVEIRA, N. I. M. Tratamento da celulite pela subcissão. In: LISBOA, F. **Survey of Best Physical Education Practices for Children with Autistic Behaviors**. 2000. Tese (Doutorado em Filosofia) - Escola de Graduação da Ohio State University, Columbus, Ohio - USA, 2000.

MEIRELLES, V; PITANGUY, I; SALGADO, F; RADWANSKI, H. Cirurgia do contorno corporal masculino. **Revista Brasileira de Cirurgia**, Rio de Janeiro, v. 86, n 3, p.143-147, mai/jun. 1996.

MOREIRA, D.; CAMPOS, L. C. A importância da avaliação da sensibilidade e do uso dos monofilamentos de Semmes Weinstein. **Revista Fisioterapia em movimento**, v. 12, n. 2, p. 43-52, out./mar.98/99.

PITANGUY, I. Aspectos filosóficos e psicossociais da cirurgia plástica. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto alegre: Artes médicas. 1988. p. 264-272.

ROSSI, A. B. R.; VERGNANINI, A. L. Cellulite: a review. **Journal of the European Academy of Dermatology and venerology**, Netherlands, v.14, n.4, p. 251-262, jul. 2000.

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,RJ: Revinter. 1999. p. 1-4.

ULRICH, W. **A Celulite é curável**. Rio de Janeiro,RJ: Tecnoprint. 1982. p. 118.

Recebido em/received in: 04/08/2004

Aprovado em/approved in: 22/11/2004

Anexo 01

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FIBROEDEMA GELÓIDE

(PAFEG)

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: F M

Endereço: _____ Telefone: _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Indicação: _____ Data da avaliação: ____/____/____

II – ANAMNESE

Q.P.: _____

H.D.A.: _____

Antecedentes familiares: _____

Antecedentes patológicos:

Consome bebida alcoólica: Não Sim, diariamente freqüentemente ocasionalmente

Fuma: Não Sim, 1 a 5 ao dia 5 a 10 ao dia mais de 10 ao dia

Atividade física: Não Sim, qual (is): _____ Freq.: _____

Tipo de alimentação: Hipocalórica Normal Hipercalórica

Distúrbios circulatórios: Não Sim, qual (is): _____

Distúrbios endócrino-metabólicos: Não Sim, qual (is): _____

Distúrbios emocionais: Não Sim, qual (is): _____

Idade da menarca: _____ Menstruação: Regular Irregular

Nº de gestações: _____ Nº de filhos: _____ Nº de abortos: _____

Uso de medicamentos: Nenhum Hormônios esteróides Hormônios tireoidianos

Tempo de uso: _____

III – EXAME FÍSICO

a) Inspeção:

Cor da pele: Branca Parda Negra

Alterações posturais: Ausente Presente, qual (is): _____

Adiposidade localizada: Ausente Presente, local (is): _____

Depressões: Ausentes Presentes à contração muscular Presentes ao repouso

Edema:

Micro-varizes:

Telangiectasias:

Equimose:

Estria:

b) Palpação

Trofismo da pele: _____

Flacidez muscular: Ausente Presente

Teste da casca de laranja: Negativo Positivo,

local (is): _____

Teste da preensão:

local (is): _____

Aderência tecidual:

local (is): _____

Temperatura local:

local (is): _____

Forma do FEG: Flácida Dura Edematosa Mista

Figura referente aos itens IV, V.

IV – CLASSIFICAÇÃO

Legenda:

- ① Grau Brando: foram detectadas depressões e saliências ao teste da casca de laranja e/ou à contração muscular. Não há aumento da sensibilidade dolorosa.
- ② Grau Moderado: foram detectadas depressões e saliências apenas à inspeção. Há aumento da sensibilidade dolorosa.
- ③ Grau Grave: foram detectadas depressões e saliências intensas à inspeção e à qualquer posição, assemelhando-se a um “saco de nozes”. Há aumento da sensibilidade dolorosa.

V – TESTE DE SENSIBILIDADE TÁTIL (MONOFILAMENTOS DE SEMMES – WEINSTEIN)

Legenda:

- Monofilamento Verde – 0,05g: sensibilidade dentro dos limites normais.
- Monofilamento Azul – 0,2g: tato leve diminuído.
- Monofilamento Roxo – 2,0g: sensação protetora diminuída e perda do tato leve.
- Monofilamento Vermelho escuro – 4,0g: perda da sensação protetora e do tato leve.

Observações: _____

VI – EXAMES COMPLEMENTARES

Responsável _____