

ANÁLISE POSTURAL DE PACIENTES DE PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA PLÁSTICA COM UTILIZAÇÃO DE TAPING

Edição 114, Todos os Artigos / 28/09/2022

REGISTRO DOI: 10.5281/zenodo.7120556

Autoras:

Daniela Campos Pereira¹
Liciane Fernandes Medeiros
Andressa de Souza
Marcela Rodrigues Daniel

RESUMO

[Publique seu artigo também! Clique aqui e saiba mais.](#)

Introdução: A cada ano, em média, são realizadas cerca de 350.000 cirurgias estéticas no país. Na prática clínica observou-se o quanto a alteração postural se mostra negativa nos efeitos esperados da cirurgia, essa alteração inicial quase sempre se dá pela dor e permanece sem que a(o) paciente perceba essa distorção da imagem corporal. **Objetivo:** Analisar o grau de alteração postural das pacientes de pós-operatório de cirurgia plástica, antes e depois da utilização de taping por oito sessões associada ao tratamento convencional, comparando os efeitos com o tratamento convencional isolado. **Metodologia:** Ensaio clínico randomizado onde foram observadas 12 pacientes mulheres, entre 30 a 55 anos de idade, com cirurgia plástica na parte anterior do tronco com diferentes graus de alteração postural, avaliando antes e depois a diferença postural entre pacientes que realizaram tratamento pós-operatório com utilização de taping e tratamento pós-operatório convencional, por 8 sessões. **Resultados:** O taping colocado em pontos estratégicos que forçando de forma suave e indolor a postura correta, a comparação da primeira sessão fisioterapêutica com a sessão realizada 30 dias mostra considerável melhora da imagem corporal. Os grupos tiveram prevalência de 7 dias de pós-operatório, onde todos do grupo intervenção apresentaram melhora postural em até 22 graus de extensão de tronco. Enquanto o grupo convencional metade não apresentou melhora, e a outra metade apresentou diferença máxima de 12 graus em extensão de tronco. **Conclusão:** O taping comprova sua eficácia como recurso fisioterapêutico para ser utilizado no pós-operatório imediato de cirurgia plástica para correção postural.

Palavras-chave Bandagem elástica adesiva; Taping; Cirurgia plástica; Alteração postural.

ABSTRACT

Introduction: Each year, on average, around 350,000 cosmetic surgeries are performed in the country. In clinical practice, it was observed how negative the postural change is in the expected effects of the surgery, this initial change is almost always caused by pain and remains without the patient noticing this distortion of body image. **Objective:** To analyze the degree of postural change in postoperative plastic surgery patients, before and after the use of taping for eight sessions associated with conventional treatment, comparing the effects with conventional treatment alone. **Methodology:** Randomized clinical trial where 12 female patients were observed, between 30 and 55 years of age, with plastic surgery in the anterior part of the trunk with different degrees of postural alteration, evaluating before and after the postural difference between patients who underwent postoperative treatment using taping and conventional postoperative treatment for 8 sessions. **Results:** The taping placed at strategic points that gently and painlessly forcing the correct posture, the comparison of the first physical therapy session with the session held 30 days shows considerable improvement in body image. The groups had a prevalence of 7 days after surgery, where all of the intervention group showed postural improvement in up to 22 degrees of trunk extension. While the conventional group, half showed no improvement, and the other half showed a maximum difference of 12 degrees in trunk extension. **Conclusion:** Taping proves its effectiveness as a physiotherapeutic resource to be used in the immediate postoperative period of plastic surgery for postural correction.

Keywords: Adhesive elastic bandage; Taping; Plastic surgery; Postural change.

INTRODUÇÃO

Somos o segundo país em número de cirurgias plásticas, estando atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA), segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP, 2017). A fisioterapia dermatofuncional é fundamentada em uma sólida base científica sendo uma forte contribuinte tanto no pré quanto no pós-operatório (PO), prevenindo ou tratando as respostas advindas das intervenções cirúrgicas, e apesar de seu papel ter início no pré-operatório, sua atuação torna-se fundamental no pós-cirúrgico (ANTUNES; DOMINGUES, 2008). A atuação fisioterapêutica no PO de cirurgia plástica possui importante papel quanto à aceleração do processo de reabilitação. É focada na prevenção das complicações pós-cirúrgicas objetivando restaurar a funcionalidade, tendo um caráter estético e reabilitador do paciente globalmente, melhorando o quadro algico, a ansiedade, o edema e a funcionalidade do paciente, o restabelecendo de uma maneira global.

É possível destacar complicações pós-operatórias, como hematoma, infecção, deiscência da sutura, irregularidades, depressões, aderências, fibroses, cicatrizes mal posicionadas, cicatrizes hipertróficas e queiloideanas, excessos cutâneos, seroma, alopecia, lesão sensorial e motora, entre outras (LANGE, 2014). Estas podem variar de acordo com cada cirurgia e a técnica aplicada. O ato cirúrgico constitui uma agressão tecidual que mesmo bem direcionado, pode prejudicar a função tecidual, cabendo ao Fisioterapeuta atuar com todos os recursos disponíveis para minimizar a alteração tissular (CHI et al., 2018).

O tratamento fisioterapêutico no PO é amplamente variável, para que se possa oferecer um tratamento adequado, é imprescindível o conhecimento das alterações funcionais apresentadas pelo paciente no

momento da avaliação, aqui onde na maioria das vezes os fisioterapeutas não se atentam para a postura do paciente. O aprimoramento das técnicas existentes que visam restaurar e tratar os indivíduos submetidos a cirurgias plásticas vem ocorrendo desde o início do século XX (ANTUNES; DOMINGUES, 2008), de forma a instituir não só a estética, mas sobretudo, o retorno precoce e dinâmico do paciente às suas atividades cotidianas, e para isso a reabilitação postural torna-se extremamente relevante.

Na prática clínica é recorrente os casos de pacientes de pós-operatório de cirurgia plástica anterior com alteração postural, devido a dor, peso das próteses ou distorção da imagem corporal. A dor sentida no pós-cirúrgico faz com que a paciente adote uma posição antálgica que faz com que ela curve principalmente a parte torácica e lombar da coluna além do limite normal, como também anteriorize os ombros.

Analisando que não é comum essa alteração postural permanecer mesmo após completa recuperação do paciente, foi incluído a utilização de *taping* durante todo tratamento de PO com a fisioterapeuta. Com aplicação de *taping* durante todo tratamento convencional de PO (drenagem linfática manual, terapia manual para fibroses, US, radiofrequência, entre outras), referiu-se importante melhora na postura destes pacientes, dando início assim, a um detalhado estudo sobre esses casos e sua melhora para padronização da técnica visando o bem-estar geral de futuros pacientes.

Geralmente, alterações posturais são corrigidas com métodos fisioterapêuticos de cinesiologia, tais como: reeducação postural global (RPG), Isostretching ou Método Pilates (KISNER; COLBY, 2021). Mas são técnicas não recomendadas no pós-operatório imediato, então, o *taping* se mostrou com ótima aplicabilidade, aceitação e eficácia como tratamento para correção postural neste período de pós-operatório.

Neste contexto, este artigo busca analisar o grau de alteração postural das pacientes de pós-operatório de cirurgia plástica, antes e depois da utilização de *taping* por oito sessões associada ao tratamento convencional, comparando os efeitos com o tratamento convencional isolado.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio clínico randomizado onde realizou-se análise de pacientes com cirurgia plástica na parte anterior do tronco com diferentes graus de alteração postural, avaliando a diferença postural entre pacientes que realizaram tratamento pós-operatório com utilização de *taping* e sem a utilização de *taping*.

A coleta de dados foi realizada no consultório de fisioterapia localizada na cidade de Canoas (Starke Studio Pilates, Av. Boqueirão, 1462 – bairro Igara, Canoas/RS), após liberação médica, para realizar a fisioterapia pós-operatória.

O cálculo amostral foi baseado em estudos existentes na literatura (CHI et al., 2016), para comparação de indivíduos em momentos diferentes. Neste estudo, o pareamento (mulheres, pós-operatório, cirurgias somente na parte anterior do tronco), aumenta a comparabilidade dos indivíduos e reduz a necessidade numérica amostral. Com objetivo de detectar diferença significativa no impacto do *taping* na melhora postural, poder estatístico 80%. Portanto, o tamanho amostral alcançou 12 pacientes.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade La Salle, com registro na Plataforma Brasil sob o nº 4.655.019. Os protocolos seguem as condições estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As pacientes somente participaram do estudo após preenchimento dos critérios de inclusão e após assinatura do termo de consentimento assinado.

O primeiro contato foi feito pessoalmente, na primeira consulta fisioterapêutica para avaliação dos critérios de inclusão e exclusão, e detalhamento dos objetivos do estudo. Após preenchimento dos critérios e disponibilidade em participar do estudo, as pacientes foram agendadas para avaliação no consultório na cidade de Canoas/RS. O processo de triagem consistiu em revisão dos critérios de inclusão e exclusão; revisão do histórico médico com diagnóstico de pós-operatório imediato de cirurgia plástica e liberação do mesmo para início das sessões fisioterapêuticas; análise da localização da cirurgia, se na parte anterior do tronco; detalhamento dos objetivos do estudo, e obtenção do TCLE e datado. Após obtenção do TCLE, as pacientes serão incluídas no estudo e seguirão à randomização previamente estabelecida.

Após realização do termo de consentimento livre e esclarecido, foram realizados: Questionário Demográfico (Anexo B); Escala Análoga Visual da dor (EAV), (PIMENTA, 1994; MEDEIROS; SASSO; SCHLINDWEIN, 2018). Para escala EAV de dor, os dados variam de 0cm (sem dor) até 10cm (pior dor possível), também foi aplicado o questionário *Body Shape Questionnaire* (BSQ), para análise da satisfação corporal no início da intervenção.

A coleta feita por fotogrametria, onde a paciente estava com roupas íntimas, e pode ser detectada as assimetrias e simetrias, através de marcações de pontos estratégicos na parede e nenhum tipo de marcação na paciente. Os registros fotográficos foram feitos no plano frontal anterior e posterior e sagital direito e esquerdo com os membros superiores (MsSs) em posição anatômica, sempre pelo mesmo avaliador. Variável qualitativa: através dos registros fotográficos, a paciente foi classificada com o tipo de assimetria visual (hiperlordose, hipercifose, pelve anterovetida, retrovertida, ombros protusos, entre outras).

Também foi realizada a coleta de dados posturais de flexão e extensão de tronco utilizando um goniômetro. Paciente ficou em posição ortostática, com os pés juntos e alinhados. A medida de flexão de tronco é feita na superfície lateral da paciente. O braço fixo do goniômetro ficou perpendicular ao solo no nível da crista ilíaca e o braço móvel ao longo da linha axilar média do tronco, eixo do goniômetro sobre a espinha ilíaca ântero-superior. Na medida de extensão de tronco o braço fixo do goniômetro foi colocado em direção ao côndilo lateral do fêmur e o braço móvel ao longo da linha axilar média do tronco, eixo do goniômetro sobre a espinha ilíaca ântero-superior (MARQUES, 2003). Variável quantitativa: através da goniometria, pode ser comparado a angulação inicial e final e medido os diferentes graus do antes e depois de cada paciente. Para medida obtida no goniômetro. Os dados de goniometria foram mensurados de 0° a 135° para flexão de tronco e 0° a 35° para extensão de tronco.

Na chegada da paciente à clínica ou consultório, com liberação médica, após o convite e aceite, com TCLE assinado, foram feitas as primeiras fotos de corpo inteiro com roupas íntimas e medidas posturais e os demais questionários.

As pacientes foram randomizadas em um dos grupos experimentais:

1. Tratamento fisioterápico pós-operatório com utilização de taping: aplicação de faixas elásticas de algodão com cola adesiva hipoalergênica. Ao final do atendimento de fisioterapia convencional de pós-operatório em cirurgia plástica foi feita a aplicação de *taping* para correção postural. Esse *taping* permanece na paciente até a próxima sessão fisioterapêutica, sendo trocado em cada nova sessão pelo profissional de fisioterapia. As sessões foram de duas vezes na semana, em um total de 8 sessões.

2. Tratamento fisioterápico pós-operatório sem a utilização de *taping*: atendimento de fisioterapia convencional de pós-operatório em cirurgia plástica. As sessões foram de duas vezes na semana, em um total de 8 sessões. O atendimento de fisioterapia convencional consiste em drenagem linfática.

A intervenção consistiu na aplicação de *taping* para correção postural ao término de cada sessão de fisioterapia (de acordo com grupo experimental), duas vezes na semana, em um total de 8 sessões. Esta foi colada na região de trapézio inferior para estímulo dos movimentos de adução e depressão das escápulas. As pacientes se deslocaram ao consultório na cidade de Canoas/RS.

A dor foi mensurada em todas as sessões pela EAV. Os dados foram categorizados em sensibilidade baixa, média e alta. Após 30 dias de intervenção, foram coletados dados posturais com goniômetro e fotogrametria pelo avaliador independente.

Foi considerada a avaliação final 30 dias após a primeira intervenção, pois na evolução natural do procedimento pós-operatório em 15 dias as pacientes já são liberadas para andar com postura ereta e dormir de bruços. Com 30 dias as pacientes recebem liberação do médico para realização de demais atividades de acordo com procedimento estético realizado, dentre elas, exercícios físicos leves, pegar pequenos pesos, alongamentos controlados, entre outros.

Os dados foram apresentados por medidas de posição e dispersão adequadas para cada variável (média e desvio padrão ou mediana e interquartil), respeitando os preceitos de normalidade. A análise estatística foi realizada de acordo com a respectiva variável, para variáveis com distribuição normal foram realizados testes paramétricos como teste t para amostras independentes. Para dados não paramétricos, foi feito o teste de Mann-Whitney. Sendo $P < 0.05$ considerado para significância estatística. As análises foram processadas usando o SPSS versão 26.0 (SPSS, Chicago, IL).

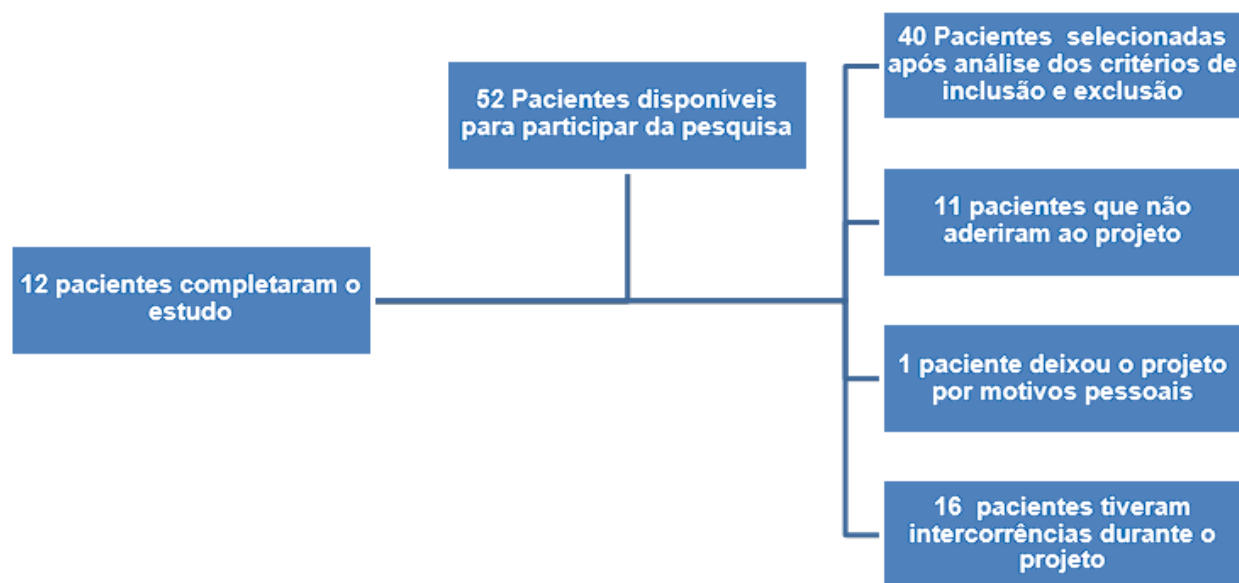
RESULTADOS

Após 52 pacientes demonstrarem interesse em participar da pesquisa, foram incluídas no estudo 40 pacientes que estavam no pós-operatório imediato de cirurgia plástica na parte anterior do tronco (abdominoplastia, prótese mamária, lipoaspiração abdominal, mastopexia), as que assinaram o TCLE, pacientes saudáveis, sem apresentar qualquer patologia associada, maiores de 18 anos e que estavam entre 5 e 7 dias da intervenção cirúrgica.

Foram excluídas 28 pacientes por diferentes motivos. Por motivo de não comparecerem assiduamente as sessões estipuladas, tiveram intercorrências pós-operatórias que prejudicaram a análise de dados da pesquisa, pacientes sensíveis ao taping, não completaram os 30 dias de atendimentos estipulados pela pesquisa, pacientes com grave alteração postural anterior à cirurgia plástica ou as que desistiram da

pesquisa por motivos pessoais (Figura 1). Percebe-se no fluxograma, que após a descrição dos processos de seleção das participantes, restaram 12 pacientes.

FIGURA 1: FLUXOGRAMA EM RELAÇÃO A SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES



Para o estudo, dividiu-se as participantes entre grupo TC (Tratamento Convencional) e TT (Tratamento *Taping*) realizando um comparativo para análise. Os grupos foram composto por 6 pacientes cada, compondo um total de 12 pacientes. Para as variáveis apresentadas não observamos diferença significativa entre os grupos convencional e *taping*. Na amostra verifica-se todos os indivíduos do sexo feminino, e a idade predominante no TC foi de 30 a 35 anos com 83,3%, com mediana de 35 anos (mínimo 30 e máximo de 40 anos). No grupo TT a idade predominante foi de 30 a 35 anos (33,3%) e 36 a 40 anos com o mesmo percentil, com mediana de 37,5 anos (mínimo 35 e máximo 55 anos). No que se refere ao estado civil no grupo TC 66,6% são casadas e no TT 50,0%, com escolaridade de ensino médio completo no grupo TT 66,6% e no grupo TC 50,0% com ensino médio completo, com alguma atividade profissional 50,0% nos dois grupos. Foi possível observar que os dados relacionados aos hábitos das participantes foram iguais em ambos os grupos. Verificou-se que 50,0% das participantes do grupo TC tem o hábito de ingerir bebida alcoólica e no grupo TT 66,6%, em relação a ser fumante uma em cada grupo referiu ter este hábito 16,7% da amostra de cada grupo, sendo que duas do grupo TC (33,3%) citam serem ex-fumantes

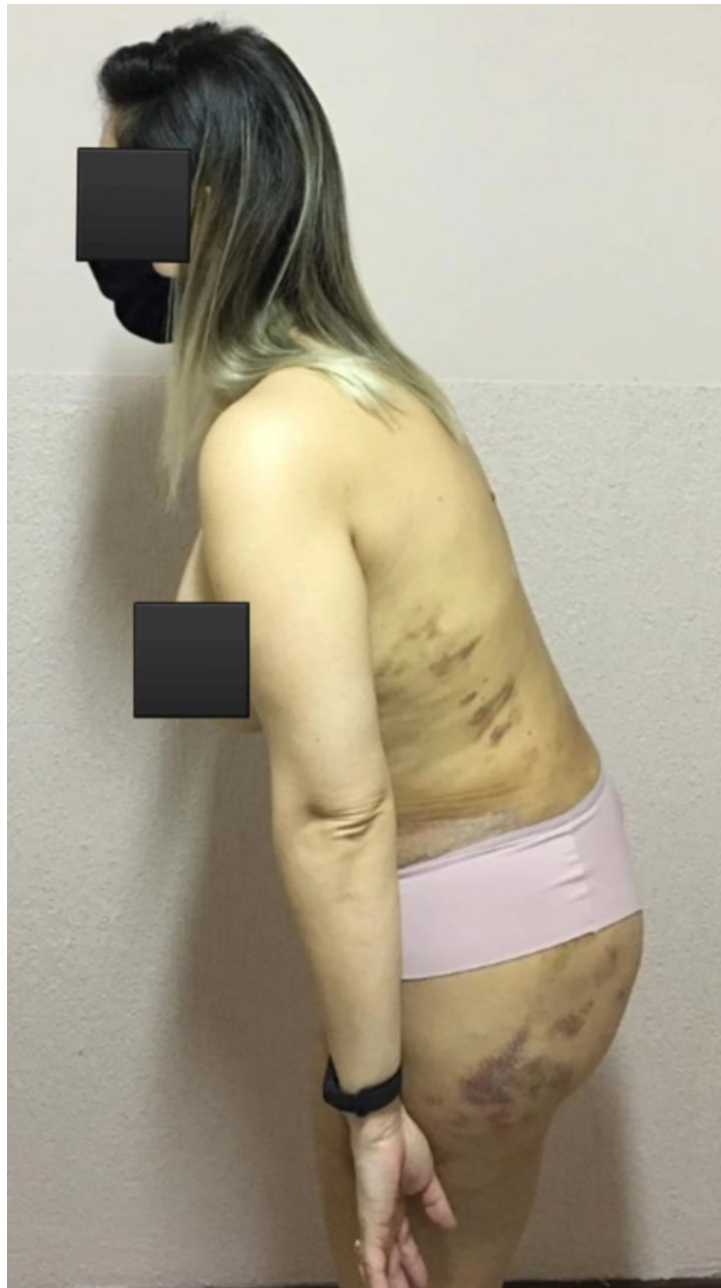
TABELA 1: DADOS DESCRITIVOS RELACIONADOS AO TIPO DE CIRURGIA, PESO/ALTURA E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) DOS PARTICIPANTES (N=12)

Variáveis	TC		TT		Teste Exato de Fischer
	n	%	n	%	
Tipo de cirurgia					
Abdominoplastia	6	100,0	3	50,0	
Abdominoplastia + prótese mamária	0	0,0	2	33,3	
Lipoaspiração Abdominal	0	0,0	1	16,7	>0.05
Altura					
De 1m,56cm a 1m,60cm	2	33,3	1	16,7	
De 1m,61cm a 1m,65cm	2	33,3	3	50,0	
De 1m,66cm a 1m,70cm	1	16,7	2	33,3	
De 1m,71cm a 1m,75cm	1	16,7	0	0,0	>0.05
Peso					
52 quilos	1	16,7	0	0,0	
Entre 61 e 67 quilos	2	33,3	3	50,0	
Entre 72 e 78 quilos	2	33,3	2	33,3	
Entre 82 e 86 quilos	1	16,7	1	16,7	>0.05
IMC					
16 a 20	1	16,7	0	0,0	
21 a 25	3	50,0	5	83,3	
26 a 30	1	16,7	1	16,7	
Acima de 30	1	16,7	0	0,0	>0.05

Na Tabela 1, foram apresentados dados descritivos referentes a cirurgia, peso altura e índice de massa corporal, sendo que os grupos TC e TT tiveram a mesma frequência. No que se refere à cirurgia de maior prevalência, verificou-se ser a Abdominoplastia com 100,0% no grupo TC e 50,0% no grupo TT, sendo a intervenção em que as participantes se submeteram. Em relação a altura obtivemos uma mediana de 1m e 63cm (mínimo 1m,59cm e máximo 1m,72cm) no grupo TC e no grupo TT uma mediana de 1m e 65cm (mínimo 1m,61cm e máximo 1m,70cm). No que se refere ao peso, ao analisar os dois grupos obteve-se uma mediana de 71 quilos (mínimo 52 quilos e máximo de 86 quilos) no grupo TC e 68,5 quilos no grupo TT (mínimo 61 quilos e máximo de 82 quilos). Em relação ao IMC, houve prevalência nos dois grupos de 21 a 25, com uma média de 25,5 e mediana de 24,5 no grupo TC e no grupo TT com média de 25,16 e mediana de 25, sendo que no grupo TC ocorreu um Dp de 3,86 e no grupo TT Dp 2,34.

É possível verificar na Figura 2 um exemplo de postura, que as pacientes de pós-operatório imediato de cirurgia plástica chegam para o atendimento fisioterapêutico.

FIGURA 2: NA FOTO, UMA DAS PACIENTES QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO



A colocação do *taping* dá-se nos músculos que têm como ação depressão e adução da escápula, músculos rombóide maior e trapézio inferior. É então, aplicado 5cm de *taping* na região da borda inferior da espinha da escápula variando, semanalmente, entre quinta e sexta vértebra torácica para que não haja agressão da epiderme. Na Figura 3, foto de uma paciente do grupo intervenção exemplificando como eram feitas as aplicações do *taping*, estimulando correção postural.

FIGURA 3: PACIENTE DO GRUPO INTERVENÇÃO



O *taping* mobiliza e mantém o movimento da fásia na direção do vetor da tração utilizada (Figura 3). Também na direção desse vetor é trabalhada a propriocepção da paciente, estimulando assim uma correção postural.

FIGURA 4: TAPING UTILIZADO NAS INTERVENÇÕES



TABELA 2: DADOS DESCRITIVOS RELACIONADOS AOS DIAS PÓS-CIRÚRGICO E DOR (N=12)

Variáveis	TC		TT		Teste Exato de Fischer
	n	%	n	%	
<i>Dias de pós-cirúrgico</i>					
7 dias	4	66,6	4	66,6	>0.05
8 dias	2	33,3	2	33,3	
<i>Sensibilidade à dor</i>					
Alta	1	16,7	2	33,3	>0.05
Média	4	66,6	2	33,3	
Baixa	1	16,7	2	33,3	

Na tabela 2, os grupos TC e TT mostraram-se iguais referentes aos dados relacionados ao pós-operatório. Em ambos os grupos, houve prevalência de 7 dias pós-cirúrgico, totalizando 66,6% em cada grupo. Já no que se refere a média em relação a sensibilidade a dor foi de 2 considerada média no grupo TC sendo está apontada por 4 pacientes (66,6%) e obteve um Dp 0,58, já o grupo TT teve um Dp de 0,82, onde as pacientes dividiram-se em 33,3% nas três escalas de dor (1 alta, 2 média e 3 baixa).

TABELA 3: DADOS SOBRE A PERCEPÇÃO CORPORAL OBTIDO A PARTIR DO QUESTIONÁRIO *BODY SHAPE* (N=12)

Variáveis	Pontos do corte	Descrição
Grupo TC		
Paciente 1	56	Ausência de preocupação
Paciente 2	142	Grave preocupação
Paciente 4	79	Ausência de preocupação
Paciente 7	58	Ausência de preocupação
Paciente 8	82	Leve preocupação
Paciente 11	112	Moderada preocupação
Grupo TT		
Paciente 3	94	Leve preocupação
Paciente 5	94	Leve preocupação
Paciente 6	91	Leve preocupação
Paciente 9	130	Moderada preocupação
Paciente 10	86	Leve preocupação
Paciente 12	74	Ausência de preocupação

Na Tabela 3 estão apresentados dados sobre a percepção corporal nos grupos TT e TC.

No que se refere ao *Body Shape Questionnaire* – Imagem Corporal, que é composto por 34 questões que tratam da percepção do indivíduo sobre sua imagem física nas últimas 4 semanas pode-se observar na tabela abaixo o seguinte escore. Neste item o grupo TC houve predominância de ausência de preocupação com média de 88,17 e Dp 30,37, em seguida pelo grupo TT com maior índice de leve preocupação com média de 94,3 e Dp de 17,15.

TABELA 4: DADOS COMPARATIVOS DA FOTOGAMETRIA ANTES E APÓS TRATAMENTO DO GRUPO TC (N=6)

Participantes	Antes	Após	Diferença entre antes/após	Diferença entre antes/após
	Fotogrametria		Goniometria flexão	Goniometria extensão
Paciente 1	Cifótica	Normal	50°	12°
Paciente 2	Normal	Normal	10°	0°
Paciente 4	Cifótica	Cifótica	0°	0°
Paciente 7	Normal	Normal	8°	6°
Paciente 8	Normal	Normal	2°	8°
Paciente 11	Normal	Normal	32°	0°

Na Tabela 4, descreve-se o grau de alteração postural antes e após no grupo do tratamento convencional. A média da goniometria de flexão entre as pacientes foi de 17,0 com Dp 18,06 já em relação a goniometria de extensão obteve-se a média 4,33 e Dp 4,68.

TABELA 5: DADOS COMPARATIVOS DA FOTOGRAMETRIA ANTES E APÓS TRATAMENTO DO GRUPO TT (N=6)

Participantes	Antes Fotogrametria	Após	Diferença entre antes/após Goniometria flexão	Diferença entre antes/após Goniometria extensão
Paciente 3	Cifótica	Normal	34°	8°
Paciente 5	Normal	Normal	56°	5°
Paciente 6	Cifótica	Normal	16°	16°
Paciente 9	Cifótica	Cifótica	30°	15°
Paciente 10	Normal	Normal	32°	22°
Paciente 12	Normal	Normal	50°	10°

Na Tabela 5, descreve-se o grau de alteração postural antes e após no grupo do tratamento *taping*. Pode-se verificar que as pacientes que utilizaram o método de tratamento *taping* (TT) a paciente 9 não obteve melhora, continuando com postura cifótica. A média da goniometria de flexão entre as pacientes foi de $36,3 \pm 13,24$, já em relação a goniometria de extensão obteve-se a média 12,67 e Dp 5,65.

Por meio de análise não-paramétrica, verificamos que o tratamento com *taping* promoveu melhora na diferença de extensão quando comparado ao tratamento convencional (Mann-Whitney, $P < 0,05$), porém não promoveu melhora na diferença de flexão entre os grupos TT e TC (Mann-Whitney, $P > 0,05$).

O presente trabalho destaca que o *taping*, já amplamente utilizado como um recurso fisioterapêutico, têm importância e se mostra como um grande aliado na correção postural em pós-operatório. Neste estudo foram coletados dados e analisados em pós-operatório de cirurgia plástica na parte anterior do tronco, porém pode ser um recurso amplamente utilizado em pós-operatórios diversos que causem a mesma biomecânica anteriorizada que a cirurgia plástica causa, sendo observado na melhora da extensão apresentada pelas pacientes submetidos ao grupo *taping*.

O ato cirúrgico por si só constitui uma agressão tecidual e rompimento de vasos, que mesmo controlado e bem direcionado pelos médicos, prejudicam a função tecidual como um todo e conseqüentemente toda dinâmica postural. Com o aumento do número de cirurgias plásticas e de informação a seu respeito, surgiu à necessidade de oferecer aos pacientes novas formas de suportar e com mais qualidade, o pós-operatório e evitar, assim, possíveis complicações, como o acompanhamento de um fisioterapeuta (QUARESMA et al., 2020).

Esses danos causados pelo ato cirúrgico, quando se prolongam, transformam a imagem corporal do paciente, o que dependendo do tipo de cirurgia causam efeito final do procedimento inestético, não trazendo satisfação ao paciente que procurou aquele procedimento e nem resultado esperado pelo médico. Porém, os recursos disponíveis para correção postural, amplamente variáveis, não são plausíveis no período de pós-operatório imediato. Contudo, sabe-se que uma boa postura pode garantir um bom funcionamento do organismo. Por isso, a importância de intensificar tais investigações, buscando perspectivas futuras para melhoria dos pacientes em recuperação no período do pós-operatório. Com a

reeducação postural durante o pós-cirúrgico as alterações causadas podem ser minimizadas evitando possíveis danos ao equilíbrio corporal (ROSÁRIO et al., 2008).

Silva (2001) ressalta a fisioterapia dermatofuncional como potencializadora no pré- e pós-operatório de cirurgia plástica como diversos artigos estudados para esse trabalho, porém não traz a visão desses profissionais para a parte postural do paciente e que influencia totalmente no resultado esperado pelo mesmo e também pela área médica. Neste mesmo artigo percebe-se a importância do *taping* aplicado para drenagem linfática, contensão de equimoses e alívio da dor. Este trabalho traz um novo olhar para esse recurso. Atualmente as bandagens elásticas são amplamente utilizadas para diversas indicações, tais como traumatologia, ortopedia, reabilitação, neurologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e estética, pré, intra- e pós-operatório de cirurgia vascular e cirurgia plástica.

Antunes e Domingues (2008) mostra em seu estudo as principais alterações posturais em decorrência das cicatrizes de cirurgias plásticas, corroborando as posturas encontradas neste trabalho. Pacientes com flexão de tronco, elevação de escápulas e protusão de ombros. Se já é de conhecimento dos profissionais fisioterapeutas essa alteração postural decorrente da cirurgia, é dever do mesmo tratar também está disfunção da melhor forma possível de forma que não interfira na cicatrização do paciente. O *taping*, nesse momento de pós-operatório imediato, se mostra o melhor recurso disponível.

Como é possível observar nos nossos dados, onde o grupo sem intervenção apresentou pacientes com postura cifótica inicial e permaneceram com essa postura cifótica mesmo após 4 semanas de atendimentos, em sua grande maioria. Em relação ao grupo que recebeu a intervenção do *taping* para correção postural em sua maioria, apresentou postura normal após 4 semanas de atendimento.

Conforme a literatura, o *taping* apresenta diferentes mecanismos que podem contribuir na melhora postural. O *taping* mobiliza e mantém o movimento da fáscia na direção do vetor da tração utilizada. Também na direção desse vetor é trabalhada a propriocepção da paciente, estimulando assim uma correção postural. Os receptores de Pacini, Ruffini, Receptor III mielínicos e IV amielínicos, respondem a estímulos contínuos e suaves, a bandagem proporciona esse estímulo. Com a tração direcionada para o ponto inicial da colocação, ou seja, a parte mais próxima das vértebras há a tração da derme superficial e profunda, e conseqüentemente, da fáscia devido à união das fibras do tecido conjuntivo colágeno e elastina, provocando a ativação dos mecanorreceptores descritos e gerando reflexos dérmicos faciais e musculares. O órgão tendíneo de Golgi (OTG) dérmicos, receptores de tensão, que levam o estímulo por via aferente ao cérebro, e através de um arco reflexo monossimpático que gera uma ativação a nível dérmico, de fáscia e/ou muscular (KASE; STOCKHEIMER; PILLER, 2006; LEMOS; SANTOS, 2018).

Oliveira, Tascheti e Mendonça (2015) mostram em seu estudo a influência da reeducação postural global na postura, satisfação corporal e qualidade de vida após abdominoplastia. O método utilizado pelo fisioterapeuta foi a reeducação postural global (RPG), amplamente utilizado para correção postural, em pacientes que realizaram abdominoplastia. Esse método não pode ser utilizado no pós-operatório imediato, então as pacientes tinham em média 2 anos pós cirurgia, sendo assim houve discreta melhora em protusão do ombro, mínima diminuição na anteriorização e elevação da caixa torácica, aumento da cifose torácica e da anteversão pélvica, sem alteração de satisfação corporal e qualidade de vida. Com esse método e no pós-operatório tardio a intervenção com RPG exerceu pouca influência sobre a postura e não

interferiu na satisfação corporal e na qualidade de vida. No presente estudo, avaliou-se a satisfação corporal das pacientes, onde apenas uma destacou-se no escore relacionado a grave preocupação, utilizou-se o mesmo questionário deste estudo.

As pacientes foram todas do sexo feminino, idade entre 30 e 55 anos, com 7 ou 8 dias de pós-operatório, sensibilidade relativamente baixa à dor. Os tipos de cirurgia apresentados em grande maioria foram abdominoplastia, também tendo pacientes com abdominoplastia juntamente com colocação de prótese mamária e também paciente com lipoaspiração abdominal. Chi et al. (2018) nos trazem em seu estudo sobre a prevenção e tratamento de equimose, edema e fibrose no pré, trans e pós-operatório de cirurgias plásticas em pacientes em sua maioria com abdominoplastia associada ou não à prótese mamária. Outro estudo de Lange (2014) que traz recursos e intervenções da fisioterapia dermatofuncional aplicada a cirurgia plástica, suas intercorrências, complicações, avaliação e tratamento, também em sua maioria apresenta pacientes com abdominoplastia. A média de idade dos dois estudos foi de 35 anos. Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica nos mostram que a cirurgia de abdominoplastia no Brasil é realizada em sua maioria por pacientes do sexo feminino, sendo nos anos de 2015 a 2020 cirurgia de abdominoplastia 89% realizadas por mulheres nos Brasil.

Nosso estudo apresentou algumas limitações, como uma perda grande de pacientes, por diferentes motivos: baixo poder aquisitivo baixo, portanto, não tiveram como continuar comparecendo às sessões por não ter recursos para isso; após leitura TCLE, gostariam de receber a intervenção e quando informadas que não poderia ser feita a troca, deixavam de fazer parte do estudo; motivos pessoais em época difícil de pandemia, as quais não puderam terminar o tempo de coleta. Além disso, algumas durante os atendimentos apresentaram intercorrências pós cirúrgicas.

Contudo, pode-se comprovar com esse estudo que o uso de *taping* associado a DLM melhora a alteração postural das pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com conhecimento da atuação fisioterapêutica e o trabalho interdisciplinar, o cirurgião plástico terá segurança em encaminhar seu paciente ao fisioterapeuta dermatofuncional. O caminho inverso também se mostra efetivo, o próprio paciente requisita esse profissional fisioterapeuta para que realize com segurança e sabedoria seu pós-operatório, tendo em vista a recuperação global do paciente.

Já se sabe que o paciente tem uma recuperação acelerada quando obtém um retorno mais rápido de sua dinâmica corporal. No que tange as intervenções cirúrgicas os cuidados são redobrados para que não haja intercorrências. O *taping* deve ser inserido na prática clínica do fisioterapeuta que atende pacientes de pós-operatório de cirurgia plástica como recurso de correção postural.

Nos últimos anos houve um número substancial de cirurgias plásticas realizadas no Brasil, segundo dados da Associação Brasileira de Cirurgia Plástica. A cada ano, em média, são realizadas cerca de 350.000 cirurgias estéticas no país. Na prática clínica observou-se o quanto a alteração postural se mostra negativa nos efeitos esperados da cirurgia, essa alteração inicial quase sempre se dá pela dor e permanece sem que a(o) paciente perceba essa distorção da imagem corporal. Assim, surge a utilização do *taping* como grande aliado para percepção corporal, aplicado durante o tratamento fisioterapêutico convencional no

pós-operatório de cirurgia plástica. A Bandagem Elástica Adesiva, desenvolvida por Kenzo Kase, no Japão na década de 1970, sugere diversas propostas de tratamento no âmbito da estética, porém não como ajudante da percepção corporal e correção postural pós-operatória.

Nos atendimentos clínicos de fisioterapia em pacientes de pós-operatório de cirurgia plástica, o *taping* tem se mostrado eficaz na correção postural. Colocado em pontos estratégicos que forcem de forma suave e indolor a postura correta, a comparação da primeira sessão fisioterapêutica com a sessão realizada 30 dias após mostra considerável melhora da imagem corporal. Então, com o método espera-se comprovar essa melhora da imagem corporal e diferença que a utilização do *taping* faz em uma visão global do fisioterapeuta com seu paciente.

É extremamente relevante para o ambiente científico, pois hoje o pós-operatório de cirurgia plástica é focado em tratamento e melhora de edema, equimoses, fibroses, seromas e cicatriz. Sem pensar no paciente de forma global. A alteração postural, geralmente anteriorizada, que permanece após a cirurgia é tratada tardiamente, nem sempre com sucesso.

Essa técnica agrega aos profissionais de fisioterapia, utilizando *taping* com a função de corrigir a postura do paciente, juntamente com os habituais tratamentos de pós-operatório. Trazendo uma grande diferença no resultado da cirurgia plástica, abre-se uma possibilidade de parceria com médicos cirurgiões plásticos e os fisioterapeutas capacitados. Também mostra-se menos oneroso para o paciente que não precisará de tratamento posterior para correção postural.

Por ser um método diferenciado, onde traz uma nova forma de se utilizar o *taping*, recurso já conhecido da fisioterapia, acredita-se que só tem a acrescentar para todos os profissionais da área. Estimulando também cada vez mais pesquisas e estudos de novos recursos ou de novas formas de utilizar recursos já existentes dentro da fisioterapia de forma a beneficiar o paciente e enriquecer os atendimentos fisioterapêuticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Marcele Melgarejo; DOMINGUES, Carla Agne. As principais alterações posturais em decorrência das cicatrizes de cirurgias plásticas. **ConScientiae saúde**, v. 7, n. 4, p. 509-518, 2008.

CHI, A.; LANGE, A.; GUIMARÃES, M.V.T.N.; SANTOS, C.B. Prevenção e tratamento de equimose, edema e fibrose no pré, trans e pós-operatório de cirurgias plásticas. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, v.33, n.3, p. 343-354, 2018.

CHI, A.; MARQUETTI, M.G.; DIAS, M. Uso de bandagem linfática para prevenir a formação de equimoses em abdominoplastia e lipoaspiração. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, v.36, n.2. p144-150, 2021.

CHI, A.; OLIVEIRA, A.V.M.; RUH, A.C.; O uso do linfotaping, terapia combinada e drenagem linfática manual sobre a fibrose no pós-operatório de cirurgia plástica de abdome. **Fisioterapia Brasil**, v.17, n.3, p.197-203, 2016.

KASE, K; STOCKHEIMER, K. R.; PILLER, N. **Lymphoedema and Chronic Swelling**. US: Kinesio USA, 2006.

KASE, K.; LEMOS, T. V.; DIAS, M. E. **Kinesio Taping**: introdução ao método e aplicações musculares. 1. ed. São Paulo: Andreoli, 2013.

KISNER, C.; COLBY, L.A. **Exercícios terapêuticos**: Fundamentos e técnicas. 7. ed. São Paulo: Manole, 2021.

LANGE, A. **Fisioterapia dermatofuncional aplicada a cirurgia plástica**: intercorrências, complicações, avaliação e tratamento. 1 ed. Curitiba PR: Vitória, 2014.

LEMOS, T. V; SANTOS, G. P. **Raciocínio clínico em bandagens terapêuticas**. São Paulo: Ed. Andreoli, 2018.

MARQUES, Amélia Pasqual. **Manual de Goniometria**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2003. ISBN 85-204-1627-6.

MEDEIROS, G. M. S.; SASSO, G. T. M. D.; SCHLINDWEIN, A. D. Results of foot reflexotherapy in acute lower back pain of the nursing team: controlled randomized clinical test. **Br J Pain**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 305-309, out/dez. 2018. DOI: 10.5935/25950118.20180058.

OLIVEIRA, Thalita de; TASCHETI, Thauana Garóffalo; MENDONÇA, Adriana Clemente. Influência da reeducação postural global na postura, satisfação corporal e qualidade de vida após abdominoplastia: relato de caso. **ConScientiae Saúde**, v. 14, n. 3, p. 471-476, 2015.

PACHECO, Patrícia Piovezan. Cuidados e tratamentos estéticos realizados por mulheres antes e após realização de cirurgia plástica na região abdominal. **Estética e Bem Estar**. Tubarão, SC, 2019.

PIMENTA, C. A. M. Escalas de avaliação de dor. In: TEIXEIRA, M. D. (ed.). **Dor conceitos gerais**. São Paulo: Limay, p. 46-56, 1994.

QUARESMA, Michele Rodrigues et al. Recursos fisioterapêuticos no pós-operatório de cirurgia plástica: revisão de literatura. **Revista CPAQV–Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 12, n. 2, p. 2, 2020.

ROSÁRIO, José Luís Pimentel do et al. Reeducação postural global e alongamento estático segmentar na melhora da flexibilidade, força muscular e amplitude de movimento: um estudo comparativo. **Fisioterapia e pesquisa**, v. 15, p. 12-18, 2008.

SILVA, D.B. A Fisioterapia Dermato-Funcional como Potencializadora no Pré e Pós-operatório de Cirurgia Plástica. **Revista Fisio & Terapia**, v. 5, n. 8, ago/set 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **De acordo com a ISAPS, Brasil lidera ranking de cirurgias plásticas no mundo**. 2017. Disponível em: <http://www2.cirurgioplastica.org.br/?s=n%C3%BAmero+de+cirurgias+pl%C3%A1sticas>. Acesso em: 19 set. 2021.

¹Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano pela Universidade La Salle, Canoas/RS.

[← Post anterior](#)

Fisio&terapia

É uma Revista Científica Eletrônica de Fisioterapia, Indexada de Alto Impacto e Qualis "B".

Periodicidade mensal e de acesso livre. Leia gratuitamente todos os artigos e publique o seu também [clikando aqui](#).

Contato

Queremos te ouvir.

WhatsApp: 11 98597-3405

e-Mail: contato@revistaft.com.br

ISSN: 1678-0817

CNPJ: 45.773.558/0001-48

SITE: revistafisioeterapia.com.br



Copyright © Editora Oston Ltda. 1996 - 2022

R. José Linhares, 134 - Leblon - Rio de Janeiro - RJ CEP: 22430-220

