



DANIELA CAMPOS PEREIRA

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

CANOAS, 2021

DANIELA CAMPOS PEREIRA

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa Dra Liciane F. Medeiros
Co-orientadora: Profa Dra Andressa de Souza

CANOAS, 2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P436a Pereira, Daniela Campos.
Análise postural de pacientes de pós-operatório de cirurgia plástica com utilização de taping [manuscrito] / Daniela Campos Pereira. – 2021. 57 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humanos) – Universidade La Salle, Canoas, 2021.

“Orientação: Profª. Dra. Liciane Fernandes Medeiros”.

“Orientação: Profª. Dra. Andressa de Souza”.

1. Saúde. 2. Bandagem elástica adesiva. 3. Cirurgia plástica.
4. Postura. I. Medeiros, Liciane Fernandes. II. Souza, Andressa. III. Título.

CDU: 616-089.844

Bibliotecário responsável: Michele Padilha Dall Agnol de Oliveira - CRB 10/2350

DANIELA CAMPOS PEREIRA

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Aprovada pela Banca examinadora em

“Descobrir consiste em olhar para o que
todo mundo está vendo e pensar uma
coisa diferente”.

(Roger Von Oech)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço aqueles que mais me trazem força, que mais me enlouquecem, mas também aqueles que me fazem aproveitar cada segundo.

Meus três filhos: Maria Eduarda (9 anos), Bernardo (7 anos) e Arthur (7 anos).

Esse povo me fez ver que cada 30 minutos disponíveis devem ser intensos e aproveitados, pois sabe-se lá quando terei outros minutos livres novamente.

Obrigada pequenos seres humanos por me ensinarem tudo sobre viver, sobre ler artigos e estudar separação de sílabas, sobre coletar dados e ler sobre descobrimento do Brasil, sobre rever normas da ABNT e ensinar onde se colocam letras maiúsculas.

Obrigada por me mostrarem que comer picolé e ir na pracinha não é perder tempo no trabalho, é ganhar uma vida toda de memórias.

Agradeço minha família e toda rede de apoio que foi essencial para esse trabalho, principalmente minha mãe e meu marido.

Minhas orientadoras que foram as melhores que a vida poderia me dar, Andressa Souza sempre tão humana, entendendo todas as minhas necessidades pessoais desde a graduação e como se não bastasse me dá um presente que foi me apresentar a outra orientadora, Liciane Medeiros.

Lici, que bom te ter nesses momentos intensos, sempre extrovertida, firme, inteligente, só me acrescentou em coisas muito além deste trabalho.

Obrigada por tudo!

RESUMO

INTRODUÇÃO: Segundo dados da Associação Brasileira de Cirurgia Plástica, nos últimos anos houve um número substancial de cirurgias plásticas realizadas no Brasil. 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.

OBJETIVOS: 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. Adicionalmente, avaliar a dor antes e durante o protocolo de atendimento, e também, satisfação corporal das pacientes.

METODOLOGIA: Trata-se de uma análise qualitativa e quantitativa. Um 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 se mostrou eficaz na correção postural de acordo com melhora da resposta de extensão. 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. Com isso, 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: According to data from the Brazilian Association of Plastic Surgery, in recent years there has been a substantial number of plastic surgeries performed in Brazil. Every year, on average, around 350,000 cosmetic surgeries are performed in the country. In clinical practice, it was observed how much the postural alteration is shown to be negative in the expected effects of the surgery, this initial alteration is almost always caused by pain and remains without the patient noticing this distortion of the body image. Thus, taping is used as a great ally for body perception, applied during conventional physical therapy treatment in the postoperative period of plastic surgery. The Adhesive Elastic Bandage, developed by Kenzo Kase, in Japan in the 1970s, suggests several treatment proposals in the field of aesthetics, but not as an aid to body perception and postoperative postural correction. **OBJECTIVES:** 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. Additionally, to assess pain before and during the care protocol, as well as patients' body satisfaction. **METHODOLOGY:** It is a qualitative and quantitative analysis. A randomized clinical study where 12 female patients were observed, between 30 and 55 years old, 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 with of taping and conventional postoperative treatment for 8 sessions. **RESULTS:** In the groups showed prevalence of clinical physiotherapy care in postoperative plastic surgery patients, taping has been shown to be effective in postural correction. Placed at strategic points that gently and painlessly forcing the correct posture, the comparison of the first physiotherapy session with the session carried out 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.

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Na foto, uma das pacientes que participaram do estudo.....	20
Figura 2 – Imagem dos distintos cortes das bandagens.....	23
Figura 3 – Imagens do taping utilizado no pós-operatório e no intraoperatório...	25
Figura 4 – Paciente do grupo intervenção.....	26
Figura 5 – Taping utilizado nas intervenções.....	27
Figura 6 – Postural corporal esperado ao final da intervenção de 30 dias.....	31
Figura 7 – Fluxograma do andamento do trabalho em relação as participantes..	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados descritivos relacionados ao perfil demográfico dos participantes...	33
Tabela 2 – Dados descritivos relacionados há hábitos dos participantes.....	34
Tabela 3 – Dados descritivos relacionados ao tipo de cirurgia e peso/altura dos participantes.....	34
Tabela 4 – Dados descritivos relacionados aos dias pós-cirúrgico, ao tipo de tratamento e dor.....	35
Tabela 5 – Tabela 5: Dados comparativos da fotogrametria antes e após tratamento do grupo TC.....	36
Tabela 6 – Tabela 5: Dados comparativos da fotogrametria antes e após tratamento do grupo TT.....	37
Tabela 7 – Dados sobre o <i>Body Shape Questionnaire</i>	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM	Amplitude De Movimento
BEF	Bandagem Elástica Funcional
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CM	Centímetros
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPE	Cirurgia Plástica Estética
CPR	Cirurgia Plástica Reparadora
DLM	Drenagem Linfática Manual
ECF	Enfaixamento Compressivo Funcional
EUA	Estados Unidos da América
EAV	Escala Análoga Visual
KT	Kinesio Taping
K-TAPE	Kinesiotape
OTG	Órgão Tendíneo de Golgi
PO	Pós-Operatório
RPG	Reeducação Postural Global
SAPO	Software para Avaliação Postural
SBCP	Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TENS	Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
3 CIRURGIA PLÁSTICA	17
3.1 Alteração postural	19
3.2 Taping/Bandagem Elástica Adesiva	22
3.3 Aplicação do Taping	27
4 METODOLOGIA	30
5 RESULTADOS	35
5.1 Discussão	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
6.1 Produto Técnico	45
REFERÊNCIAS	48
ANEXO A – TCLE	51
ANEXO B – Questionário Demográfico	54
ANEXO C – ESCALA INTENSIDADE DA DOR	55
ANEXO D - Body Shape Questionnaire - Imagem Corporal (BSQ).....	56

1 INTRODUÇÃO

O culto ao corpo tornou-se uma característica marcante em nossa época observado na busca incessante pela perfeição e a capacidade de corresponder a qualquer expectativa. Sendo assim, falar em cirurgia plástica com fins estéticos já faz parte de nosso cotidiano.

Segundo Ivo Pitanguy (2016), um dos maiores cirurgiões plásticos do mundo, e um dos responsáveis pelo grande sucesso da cirurgia plástica no Brasil, “a estética reparadora pressupõe uma filosofia, a do bem-estar consigo mesmo”. Portanto, aqueles que recorrem à cirurgia plástica requerem algo mais que a própria atuação fisioterapêutica dermatofuncional convencional no pós-operatório de cirurgias plásticas, mas sim uma reafirmação de sua autoestima e imagem corporal global.

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 e 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 queloideanas, excessos cutâneos, seroma, alopecia, lesão sensorial e motora, entre outras (LANGE, A.; 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, M. M. 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.

A drenagem linfática manual (DLM) atua drenando os líquidos excedentes que banham as células e auxiliando na manutenção do equilíbrio hídrico dos espaços intersticiais (GODOY et al 2000). As cirurgias plásticas possuem na sua maioria grande necessidade de DLM, devido ao edema, dor e diminuição da sensibilidade cutânea que geram grande desconforto e são causados pela grande destruição de vasos e nervos no procedimento cirúrgico. Técnica de DLM que foi realizada nos dois grupos analisados nesse estudo. O tratamento deve iniciar ainda na fase aguda, geralmente as pacientes têm liberação médica dentro da primeira semana de pós-operatório.

Com o conhecimento da atuação fisioterapêutica e o trabalho interdisciplinar, o Cirurgião Plástico terá confiança em encaminhar seu paciente ao Fisioterapeuta Dermatofuncional. Desta forma, o tratamento PO será eficaz, levando o paciente a apresentar uma melhor qualidade em sua pele e recuperação funcional da cicatriz, com resultado estético em sua plenitude e a reabilitação postural influencia na satisfação pessoal do paciente e diretamente no resultado visual da cirurgia plástica.

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.

O processo que envolve a cirurgia plástica, principalmente no pós-operatório demanda algumas complicações, podendo haver interferência direta na qualidade de vida dos pacientes com possíveis alterações de sensibilidade, diminuição da amplitude de movimento, além de alterações posturais, fibroses, aderências, equimoses, hematomas, seroma e o edema. A atuação fisioterapêutica deve ser iniciada em um período de entre 72 horas e 15 dias após a cirurgia, com o objetivo de diminuir as complicações provenientes da cirurgia plástica (QUARESMA et al, 2021).

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 destas pacientes. Dando início assim, a um detalhado estudo sobre esses casos e sua melhora para padronização da técnica visando o bem-estar geral de futuras pacientes.

Desenvolvida originalmente em 1973 por Kenzo Kase no Japão, *Kinesio taping* (KT), também conhecida como bandagem elástica, é um método relativamente novo, que se tornou mais popular nos últimos 10 anos, após a divulgação proporcionada em grandes eventos como os jogos olímpicos. A fita é livre de látex, com capacidade adesiva acrílica e ativada pelo calor do corpo, feita de fio elástico de polímero envolto por fibras de algodão(KASE et al, 2013) Suas características superam as fitas geralmente utilizadas em bandagens por permitir secagem rápida, maior tempo de uso e ser mais fina e mais elástica (alongamento/estiramento longitudinal de 55 a 60% da sua posição de repouso ou elasticidade total de 120 a 140%), o que facilita envolver tecidos e articulações com maior precisão. De acordo com seu criador, a KT proporciona: correção da função muscular por fortalecer músculos fracos; estímulo cutâneo que facilita ou limita movimento; auxílio na redução de edema por direcionar exsudatos em direção a ducto linfático e linfonodos; correção do posicionamento articular por amenizar espasmos musculares; e redução da dor por vias neurais (KASE et al, 2013).

Geralmente, alterações posturais são corrigidas com métodos fisioterapêuticos de cinesiologia, tais como: reeducação postural global (RPG), Isostretching ou Método Pilates (KISNER e 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.

Na prática fisioterapêutica, são usados com frequência os exercícios de alongamento de músculo ou grupos musculares, ou seja, o alongamento segmentar. Clinicamente, o alongamento global tem se mostrado eficiente no tratamento dos desvios posturais e no ganho de flexibilidade (ROSÁRIO et al, 2008). Porém, também não é uma técnica que pode ser utilizada no pós-operatório imediato.

A grande maioria dos pacientes que realizam cirurgia plástica na parte anterior do tronco ficam com uma postura anteriorizada, mesmo após todo o tratamento fisioterapêutico pós-operatório, procurando correção posterior com diferentes técnicas e profissionais. A intenção desse estudo é analisar a eficácia do taping para essa correção, de forma rápida e indolor. Mostrando-se bom para os profissionais da área que apresentarão um tratamento mais completo e global, que hoje normalmente norteia-se somente para diminuição de retenção hídrica, dor e alterações fisiológicas (seroma, fibroses, entre outras). Mostrando-se também bom para as pacientes, reduzindo tempo de tratamento e custos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

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.

2.2 Objetivos específicos

- a) Analisar a mudança no grau de flexão das pacientes pós-tratamento.
- b) Verificar a diferença no grau de extensão das pacientes pós-tratamento.
- c) Avaliar o grau de satisfação corporal das pacientes.
- d) Avaliar o grau de dor das pacientes ao longo do tratamento.

3 CIRURGIA PLÁSTICA

No que tange às intervenções cirúrgicas a importância da Cirurgia Plástica foi concretizada no século XX, após as duas grandes guerras mundiais e o elevado número de soldados desfigurados pelas lesões oriundas dos conflitos. Desde então, os cirurgiões puderam aumentar suas experiências em técnicas de reparação de feridos, divulgando-as em ensaios clínicos e pesquisas disseminadas no meio científico (COELHO et al, 2017).

Atualmente, a medicina moderna dispõe de avançadas e inúmeras tecnologias capazes de promover a modificação e alteração de porções corporais por meio de procedimentos cirúrgicos invasivos e não invasivos. Por conta disso, o número de intervenções cirúrgicas de cunho reparador ou estético apresentou um aumento exponencial nos últimos anos (RIBEIRO et al, 2016).

A cirurgia plástica é a especialidade da medicina que se ocupa dos mais diferentes tecidos e partes do corpo humano, compreendendo desde a cirurgia craniofacial e reconstrução de cabeça e pescoço até as extremidades – pés e mãos, passando pelo tratamento de queimados, transplante de tecidos, cirurgias das mamas e tronco. Em síntese, caracteriza-se por ser a especialidade de maior abrangência em termos de procedimentos cirúrgicos. Entretanto, apesar de ter uma abrangência gigantesca, tal área parece, de certo modo, escapar de um entendimento mais recorrente sobre saúde. Ou seja, por se dedicar também a procedimentos eletivos de cunho estético e de aprimoramento corporal, a cirurgia plástica é, por muitos, entendida como uma medicina acessória. Por isso, há uma forte tendência por parte dos profissionais da área em frisar tanto a extensa formação da(o) cirurgiã(o) plástica(o) e a seriedade da profissão quanto a sua filiação acadêmica à medicina (COELHO et al, 2017).

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) considera a cirurgia plástica estética (CPE) como um tipo de procedimento utilizado para remodelar as estruturas normais do corpo, principalmente com intuito de melhorar a aparência e autoestima do paciente. Por outro lado, a cirurgia plástica reparadora (CPR), como o próprio nome sugere, visa reparar estruturas anormais do corpo com o objetivo de melhoria da função orgânica tecidual. Além disso, busca proporcionar ao paciente uma aparência mais próxima do normal. Dessa forma, a própria definição do termo cirurgia plástica

explicita sua relação com a avaliação da aparência e autoestima por meio da sua finalidade (ROSA, 2018).

A cirurgia plástica tem alcançado grande divulgação e enorme refinamento de suas técnicas. Com o aumento do número de cirurgias plásticas e de informação a seu respeito, surgiu à necessidade de oferecer as pacientes novas formas de suportar melhor, e com mais qualidade, o pós-operatório e evitar, assim, possíveis complicações, como o acompanhamento de um fisioterapeuta (QUARESMA et al., 2020).

O tratamento fisioterapêutico planejado é amplamente variável e depende das características apresentadas na avaliação (análise do tufismo cutâneo e muscular, análise do edema, análise da cicatriz e análise da dor e sensibilidade), do tipo de cirurgia realizada e do tempo de pós-cirúrgico. Os tópicos mais importantes para a realização da avaliação do paciente pós-operado é o reconhecimento dos problemas e cirurgia, identificação do tipo e a profundidade dos tecidos envolvidos, a natureza da patologia, o estágio da cicatrização e reconhecimento de quaisquer contraindicações ao uso das modalidades de tratamentos. É importantíssimo para o paciente que ele seja encaminhado ao tratamento na fase imediata e para profissionais especializados (CENDRON et al, 2015).

Vários recursos fisioterapêuticos são utilizados na tentativa de reduzir as complicações. Dentre os recursos utilizados, pode-se citar os recursos manuais (DLM e massagem manual), cinesioterapia, ultrassom, laser terapêutico, os eletroterápicos como: estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), radiofrequência, biorressonância, entre outros, como a vacuoterapia, crioterapia, fototerapia e termoterapia. Exercícios ativos também são fundamentais no processo de recuperação (QUARESMA et al, 2020).

O fisioterapeuta poderá avaliar vários fatores que estejam relacionados à disfunção estética, dentre eles retrações musculares, deformidades articulares, desvios posturais que levam a alguma alteração estética e funcional. Deve-se avaliar as condições circulatórias dos pacientes, estabelecendo presença de alteração como edemas/linfedemas (ROSA, 2018).

3.1 Alteração postural

Toda alteração funcional provoca uma alteração em cadeia nos segmentos subjacentes, ou seja, em todo o complexo articular e muscular do corpo. Cada vez que um músculo se encurta, ele aproxima suas extremidades e, conseqüentemente, afeta os ossos nos quais está inserido, desorganizando outros músculos que tenham origem ou inserção nos mesmos ossos, e assim sucessivamente. Uma alteração em qualquer nível da coluna vertebral promove compensações nas curvaturas vizinhas. Dada a complexidade biomecânica da postura, que possibilita a integração funcional dos vários segmentos, é possível entender que, frente à alteração de uma unidade biomecânica, ocorra refinamento dos sistemas de controle postural, acomodações das estruturas corporais próximas ou distantes através de compensações (YI et al., 2009).

O fisioterapeuta que trabalha nesta área tem como dever manter e promover a ótima função física, visando também o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes. Abordando as disfunções físico-estético-funcionais decorrentes de patologias, procedimentos cirúrgicos e/ou sequelas que afetem direta e indiretamente a integridade do sistema tegumentar. Dessa forma, esta especialidade é de extrema importância dentro da fisioterapia, visto que sua atuação não se restringe somente a estética, mas é de suma relevância na parte reparadora (COSTA et al, 2016).

Uma avaliação da postura se torna essencial para qualquer intervenção fisioterapêutica, permitindo analisar o alinhamento do corpo e determinar a conduta terapêutica. Para análise da biomecânica postural, há vários métodos que podem ser utilizados, entre eles, a fotogrametria digital, considerada segura e confiável para quantificar os nivelamentos da superfície do corpo que não são possíveis de serem mensurados pelo exame clínico observacional (ANTUNES e DOMINGUES, 2008).

Alguns estudiosos afirmam que as alterações posturais pós abdominoplastia mais comuns podem ser provocadas em decorrência de dor, retração da pele, cicatriz, como também reação psicológica em relação ao resultado da cirurgia. Além destas também são encontradas alterações posturais como: cabeça anteriorizada, rotação interna dos ombros e coluna dorsal cifótica, relacionadas a posição antálgica das pacientes; diminuição da expansibilidade torácica, alteração dos padrões respiratórios e aperto produzido pela costura dos músculos (ARAÚJO et al., 2007; ANTUNES e DOMINGUES, 2008; OLIVEIRA et al, 2015).

Fatores indicados possibilitam as alterações posturais em pacientes que se submetem à cirurgia plástica de abdominoplastia. Contudo, sabemos 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).

O fisioterapeuta na reeducação postural global trata as patologias do aparelho locomotor em um contexto globaliza de cadeias musculares. A abordagem do corpo na sua globalidade é uma noção de tratamento da reeducação corporal, até então habituada a usar apenas manobras analíticas. Na filosofia do tratamento do mesmo, o fisioterapeuta entende o sistema muscular como uma entidade funcional, mandando, coordenando e distribuindo tensões; uma organização de cadeias musculares (OLIVEIRA et al, 2015).

A Reeducação Postural Global é considerada uma técnica que trata o corpo humano como um todo. Abrangendo o sistema muscular, sensitivo e esquelético procurando tratar os músculos de forma individualizada.

O período de pós-operatório interfere diretamente na efetividade das condutas fisioterapêuticas para a recuperação dos pacientes submetidos a cirurgias plásticas, uma vez que estes estão propensos a complicações. Portanto, o encaminhamento mais tardio pode privar o paciente de obter uma recuperação mais saudável, mais curta, com menos sofrimento, além de muitas vezes comprometer o resultado final da cirurgia (PACHECO, 2019).

Ao se optar por realizar uma cirurgia plástica, é necessário que a pessoa tenha consciência dos cuidados que devem ser tomados no pós-operatório e de possíveis complicações que podem ocorrer nesse período. Faz-se necessária toda uma preparação física, mental e emocional (ANTUNES e DOMINGUES, 2008).

Kisner e Colby (2021) apontam a diferença da disfunção e síndrome dolorosa postural por ser um encurtamento adaptativo dos tecidos moles e haver fraqueza muscular envolvida. A causa pode ser maus hábitos posturais prolongados, ou resultado de contrações e adesões formadas durante a cicatrização dos tecidos após trauma ou cirurgia. A sobrecarga nas estruturas encurtadas provoca dor. Além disso, os desequilíbrios de força e flexibilidade podem predispor a área a lesões ou

síndromes de uso excessivo que poderiam ser evitadas por um sistema musculoesquelético normal.

A postura cifótica, na maioria dos casos, é decorrente da dor, retração da pele, cicatriz ou reação psicológica em relação ao resultado da cirurgia. Isso contribui para má biomecânica de ombro e, eventualmente, restringe o uso ativo dos membros inferiores, no caso das pacientes submetidas à cirurgia de mama. A postura correta consiste no alinhamento do corpo com eficiências fisiológicas e biomecânicas máximas, o que minimiza estresses e sobrecargas nos sistemas de apoio pelos efeitos da gravidade. A postura considerada correta pode ser afetada também por ações externas, dando origem aos desvios posturais (ARAÚJO et al., 2007).

É possível verificar na Figura 1 um exemplo de postura, que as pacientes de pós-operatório imediato de cirurgia plástica chegam para o atendimento fisioterapêutico.



Figura 1: Na foto, uma das pacientes que participaram do estudo.

Fonte: Acervo da autora (2021).

3.2 Taping/Bandagem Elástica Adesiva

O *Taping*, ou bandagens funcionais são um instrumento terapêutico muito utilizado pelos fisioterapeutas de todo o mundo, devido aos seus amplos benefícios no auxílio de técnicas de reabilitação em lesões articulares, ligamentares, musculares e posturais. Seus objetivos incluem inibir a hiperatividade dos músculos agonistas e antagonistas; facilitar as atividades as quais promovem uma ótima coordenação e alinhamento articular estaticamente e durante o movimento; diminuir a irritação do tecido neural e inibir direta e indiretamente a dor associada ao movimento. Consiste numa técnica bastante utilizada para inibir dores e na sua aplicação utiliza uma fita protetora que adere à pele e alivia dores articulares nos membros, devido a elasticidade dos materiais empregados, uma vez que não oferecem sustentação do tecido, mas fornece uma compressão essencial e estabilidade do tecido (MIGOTTO e SIMÕES, 2013).

Bandagem Funcional surge de fato na década de 1970 através do Dr. Kenzo. Primordialmente com aplicações pelo uso nas disfunções e funções musculares. O método foi introduzido nos hospitais do Japão para reabilitação e conquistou adeptos de todo o mundo após as Olimpíadas de Seul, em 1988, devido à grande divulgação da mídia. Surge nos EUA em 1995 e na Europa em 1996. Na década seguinte chega ao Brasil. Foi destaque nos jogos Olímpicos da Sydney 2000. Nas Olimpíadas de Beijing, em 2008, mais de 200 atletas utilizaram a *Kinesio Taping* durante nas competições. Nas Olimpíadas de Londres muitos atletas de diversas modalidades fizeram uso do taping (KASE et al, 2013).

Atualmente as bandagens elásticas são amplamente utilizadas por diversas áreas, tais como traumatologia, ortopedia, reabilitação, neurologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e estética, pré-, intra- e pós-operatório de cirurgia vascular e cirurgia plástica. Porém, não há na literatura a utilização deste recurso para correção postural no pós-operatório de cirurgias plásticas.

Chi et al. (2018) realizaram estudo com a aplicação do taping de diferentes formatos com objetivo de promover o redirecionamento da circulação linfática, reduzindo o edema local. Os autores afirmaram que o uso de cosméticos e nutricosméticos antiglicantes e anti-inflamatórios no pré-operatório, associados à colocação do linfotaping abaixo da espuma de contenção no período transoperatório

reduziram o edema, a formação de equimose e principalmente a formação de fibrose no pós-operatório. Além do mais, este recurso diminui o número de sessões fisioterapêuticas, por acelerar o restabelecimento do paciente após abdominoplastia e lipoaspiração abdominal.

Bandagem Elástica Adesiva, que dispõe ainda de um mecanismo de desempenho maleável, acelera o sistema linfático e diminui a retenção do fluxo linfático, promovendo o mais adequado alívio e conforto para o paciente que possui parte de acúmulo anormal de líquido (PINHEIRO et al, 2015).

A Bandagem Elástica Adesiva é uma fita flexível autocolante, hipoalergêncica e sem fármaco, com grande eficiência de ampliação em sua aplicabilidade e sem carga de bloqueio. São formadas de materiais permeáveis, tem a consistência e carga semelhante à derme, deixando as trocas gasosas. Sua atividade consiste no incentivo dos mecanorreceptores da pele, provocando estímulos sensoriais e mecânicos (elásticos) duráveis e firmes, conduzidos na pele para o estrato mais profundo, certificando a cinesia na região muscular executada (PINHEIRO et al, 2015).

No meio das quatro atribuições e aplicações fisiológicas da bandagem, existe a função dérmica estimulada pela execução sobre mecanorreceptores, que provêm numa atividade sensorial, por apresentação das descompressões, trações da derme, níveis, intensidades e pressões, que impulsionam os nervos adjacentes, mediante deste impulso tátil superficial, conforme a teoria das comportas medulares de Melzack e Wall (SOUZA et al, 2020).

Para Thomaz, Dias e Rezende (2018) a bandagem elástica adesiva concede que as vias linfáticas se afastem, em resultante ao levantamento da pele, contribuindo a corrente linfática por meio do desenvolvimento da microcirculação, além de conduzir a linfa até a região almejada.

Já para Gatt e colaboradores (2016) a bandagem elástica é aprovada por ser competente na intervenção de doença caracterizada pelo acúmulo de líquido, um efeito fisiológico da bandagem é o descongestionamento de líquido linfático concentrado sobre a pele.

A aplicação da bandagem elástica sobre regiões fibróticas no pós-operatório de cirurgias plásticas promove a redução da pressão sobre receptores e tecidos, reduzindo a dor e restabelecendo a circulação sanguínea e linfática (LANGE, 2014).

O estudo realizado por Damstra e colaboradores (2008) analisou a eficácia da técnica de enfaixamento compressivo funcional (ECF) com nível de pressão alta e

baixa. Os autores identificaram que não há diferença estatisticamente significativa entre os dois níveis de pressão utilizados; porém o enfaixamento com menor pressão foi mais bem tolerado pelas pacientes.

De acordo com Leal (2009), a utilização do linfotaping em linfedema tem melhor resultado concomitante a terapia descongestiva e drenagem mecânica.

Outra técnica que vem sendo reconhecida e utilizada pelos fisioterapeutas é a Bandagem Elástica Funcional (BEF). A pressão ocasionada pela fita da BEF atua como canais que direcionam o exsudato para o ducto linfático mais próximo. A fita é aplicada com a base próxima ao nódulo linfático a ser dirigido o exsudato, sendo aplicada com um padrão de 0-15% de tensão. A BEF tem a propriedade de melhorar o fluxo linfático por produzir diferentes pressões na pele, favorecendo o bombeamento para as regiões com menos pressão e por sua vantagem de permanecer na pele por dias; e, por promover maior conforto quando o membro está em repouso, pode aumentar a aderência das pacientes à terapêutica (LUZ e LIMA, 2011).

Pesquisas recentes buscam esclarecer fisiologicamente a atuação do taping linfático, como o estudo de Nihan et al. (2015), onde os autores verificaram que as circunvoluções criadas na epiderme e provocadas pelo taping aumentaram a distância entre a epiderme e a derme em 30min aproximadamente (1,5 vezes), e em 6 horas aproximadamente três vezes em comparação com o lado não aplicado (Figura 2). Com esse estudo pode-se afirmar que esse distanciamento da derme e epiderme pode levar a uma redução ainda maior da congestão do líquido linfático ou da hemorragia sob a pele. Este fator também poderia explicar a diminuição do edema e da equimose no presente estudo. Outra questão a ser considerada foi a diminuição e/ou ausência do relato de dor no grupo experimental, principalmente na região operada.



Figura 2: Imagem dos distintos cortes das bandagens.
Fonte: Acervo da autora (2021).

O *taping* linfático vem sendo utilizado extensivamente em diversas áreas da fisioterapia e tem se destacado no tratamento do edema. Seus resultados são considerados empíricos e nenhum estudo relata seu efeito observado por um estudo de linfocintilografia (MARQUETTI et al., 2019).

Chi, Marquetti e Dias (2021) que avaliaram a ocorrência de equimose de pacientes submetidas à abdominoplastia associada à lipoaspiração tradicional de abdome e flancos, e correlacionar estatisticamente essas ocorrências com o tratamento de *taping* linfático no transoperatório, verificaram que o uso do *taping* linfático no transoperatório reduz a formação de equimose e a incidência de quadro algico no pós-operatório, devido à sua ação no sistema linfático, podendo assim diminuir o número de atendimentos fisioterapêuticos e acelerar o restabelecimento do paciente no pós-operatório das cirurgias de lipoaspiração e abdominoplastia, com um menor número de intercorrências e complicações.

Em um relato de dois casos composto por BEF, DLM, cinesioterapia, orientações e cuidados com a pele foi observado redução de linfedema, melhora da amplitude de movimento (ADM), diminuição de dor e sensação de peso no membro afetado, melhora no aspecto da coloração da pele e diminuição da parestesia (NAGATA; MARQUES, 2015). A eficácia da BEF também foi ratificada em outro estudo de caso, onde o K-TAPE foi associado à DLM. Após o tratamento foi observada diminuição entre a diferença na circunferência, melhora na consistência do braço e na sensação de peso no membro. Além disto, a paciente relatou sensação de conforto, comodidade e maior facilidade na prática das atividades diárias durante o período em que permaneceu com o K-TAPE, sem que o mesmo impedisse a paciente de realizar suas atividades de vida diárias.

Godoy et al. (2000), publicaram um estudo em que seis indivíduos, quatro do sexo feminino e dois de sexo masculino foram avaliados e tratados, todos com acometimento entre grau II e III de linfedema de membros inferiores e um com elefantíase. Todos os voluntários foram submetidos à drenagem linfática manual associada a bandagem de baixa elasticidade e a BEF, denominada no estudo como bandagem autoadesiva. As bandagens foram utilizadas em sessões intercaladas e realizadas entre três e sete dias, após conseguir as mesmas medidas de circunferências em ambos os membros de quatro voluntárias e o tratamento foi mantido por mais de um mês. Após este período as bandagens foram retiradas e não se observou mais ganho de medidas em um curto período de tempo (um mês), entretanto poderiam vir a apresentar edema caso não mantivessem o tratamento.

Os autores Godoy et al. (2000) concluíram então que a associação da bandagem com elasticidade limitada com a drenagem linfática manual foi mais eficiente em reduzir a circunferência de membros inferiores com linfedema quando comparado à drenagem linfática manual isolada. Se tratando de uma patologia crônica, ressaltamos a importância de avaliar portadores de linfedema em longo prazo após interrupção da intervenção, como é possível observar na Figura 3.



Figura 3: Imagens do taping utilizado no pós-operatório e no intraoperatório.
Fonte: Acervo da autora (2021).

3.3 Aplicação do Taping

Primeiro realiza-se o preparo da pele, e no local da aplicação é feito a limpeza da pele utilizando algodão e álcool 70%, assepsia e limpeza da pele, caso seja necessário, também depilar o local. 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 4, foto de uma paciente do grupo intervenção exemplificando como eram feitas as aplicações do taping, estimulando correção postural.



Figura 4: Paciente do grupo intervenção.
Fonte: Acervo da autora (2021).

O *taping* mobiliza e mantém o movimento da fáscia na direção do vetor da tração utilizada (Figura 5). 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 mecanoreceptores 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 et al, 2006; LEMOS e SANTOS, 2018).



Figura 5: Taping utilizado nas intervenções.
Fonte: Acervo da autora (2021).

4 METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Este trabalho caracteriza-se por 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.

Aspectos Éticos

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 (TCLE) (Anexo A). Ressalto que todas as imagens utilizadas neste trabalho têm autorização das pacientes participantes do estudo. Conforme resolução, os questionários ficarão armazenados pelo período de 5 anos, e posteriormente serão descartados por meio de incineração.

Local da coleta

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.

Randomização

A tabela de randomização foi gerada por website (www.sealedenvelope.com), criando uma lista de randomização, usando randomização em blocos de tamanho igual a 10. Os códigos dos números randomizados foram colocados em envelopes pardos lacrados com o número da sequência de entrada do paciente na parte externa do envelope. As pacientes foram randomizadas em dois grupos: 1. Fisioterapia convencional + Taping; 2. Fisioterapia convencional. Os códigos da randomização ficarão aos cuidados do pesquisador.

Cegamento

Um avaliador independente, M.R.D. realizou as avaliações basais e finais, referentes aos questionários, goniometria e fotogrametria. Este avaliador foi cegado

em relação as intervenções das pacientes, garantindo assim uma avaliação sem possível viés.

Cálculo amostral

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.

Desenho experimental

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), (Anexo C), (PIMENTA, 1994; MEDEIROS et al., 2016). 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) (Anexo D), 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 íliaca e o braço móvel ao longo da linha axilar média do tronco, eixo do goniômetro sobre a espinha íliaca 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 íliaca 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.

Intervenções

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.

Trinta dias após a primeira sessão de fisioterapia, foram feitas novas fotos e medidas posturais, sendo que a expectativa corporal é apresentada na Figura 6.

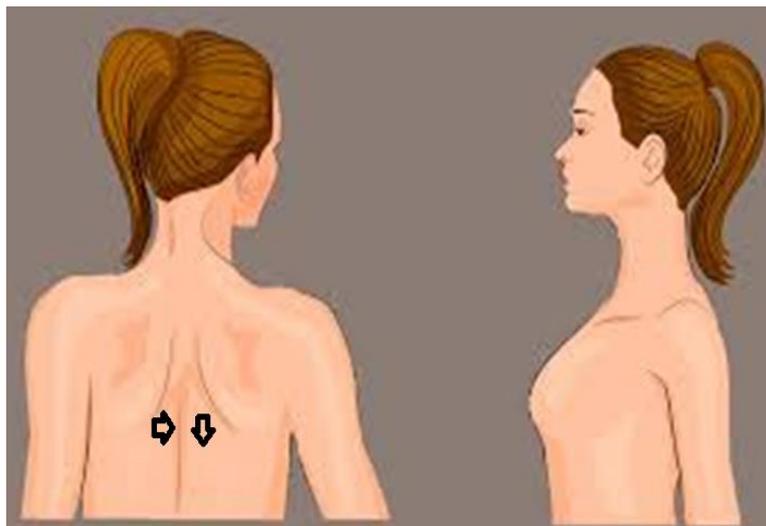


Figura 6: Postural corporal esperado ao final da intervenção de 30 dias.
Fonte: Acervo da autora (2021).

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.

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.

Análise estatística

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).

5 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 compareceram 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 7). Percebe-se no fluxograma, que após a descrição dos processos de seleção das participantes, restaram 12 pacientes.

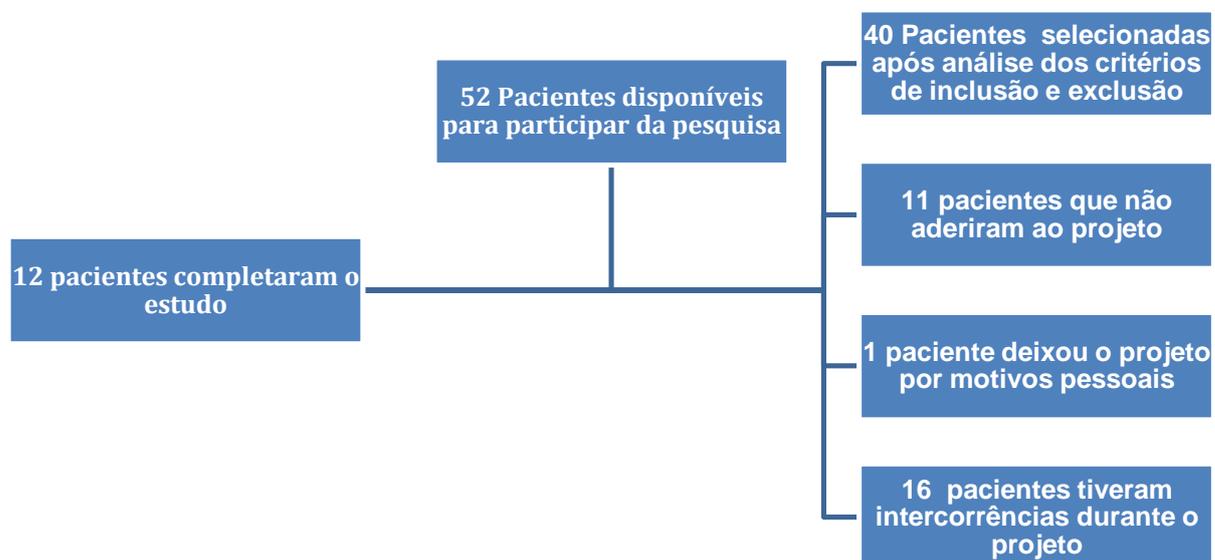


Figura 7: fluxograma do andamento do trabalho em relação às participantes.

Para o estudo, dividiu-se as participantes entre grupo TC (Tratamento Convencional) e TT (Tratamento Taping) realizando um comparativo para análise. Os grupos foram compostos por 6 pacientes cada, compondo um total de 12 pacientes, a Tabela 1 apresenta os dados descritivos. Para as variáveis apresentadas na Tabela

1, 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.

Tabela 1: Dados descritivos relacionados ao perfil demográfico dos participantes (n=12).

Variáveis	TC		TT		Teste Exato de Fischer
	n	%	n	%	
<i>Sexo</i>					
Feminino	6	100,0	6	100,0	
<i>Idade</i>					
30 a 35 anos	5	83,3	2	33,3	
36 a 40 anos	1	16,7	2	33,3	
41 a 45 anos	0	0,0	1	16,7	
50 a 55 anos	0	0,0	1	16,7	
<i>Estado Civil</i>					
Solteira	1	16,7	3	50,0	
Casada	4	66,6	3	50,0	
União estável	1	16,7	0	0,0	
<i>Escolaridade</i>					
Ensino médio incompleto	1	16,7	0	0,0	
Ensino médio completo	3	50,0	4	66,6	
Ensino superior completo	1	16,7	1	16,7	
Pós-graduação completa	1	16,7	1	16,7	>0.05
<i>Profissão</i>					
Ativo	3	50,0	3	50,0	
Desempregado	3	50,0	3	50,0	>0.05

Fonte: Coleta de dados, 2021.

Na Tabela 2, é 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 alcóolica 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 2: Dados descritivos relacionados aos hábitos dos participantes (n=12).

Variáveis	TC		TT		Teste Exato de Fischer
	n	%	n	%	
<i>Hábito de beber (diariamente)</i>					
Sim	3	50,0	4	66,6	
Não	3	50,0	2	33,3	>0.05
<i>Hábito de fumar (diariamente)</i>					
Sim	1	16,7	1	16,7	
Não	5	83,3	5	83,3	>0.05
<i>Ex-fumante</i>					
Sim	2	33,3	0	0,0	
Não	4	66,6	6	100,0	>0.05

Fonte: Coleta de dados, 2021.

Na Tabela 3, 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.

Tabela 3: 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	%	
<i>Tipo de cirurgia</i>					
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
<i>Altura</i>					
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
<i>Peso</i>					
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
<i>IMC</i>					
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

Fonte: Coleta de dados, 2021.

Na tabela 4, 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 4: 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	
8 dias	2	33,3	2	33,3	>0.05
<i>Sensibilidade à dor</i>					
Alta	1	16,7	2	33,3	
Média	4	66,6	2	33,3	
Baixa	1	16,7	2	33,3	>0.05

Fonte: Coleta de dados, 2021.

Na Tabela 5 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 5: Dados sobre a percepção corporal obtido a partir do Questionário *Body Shape* (n=12).

Variáveis	Pontos do corte	Descrição
<i>Grupo TC</i>		
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
<i>Grupo TT</i>		
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

Fonte: Coleta de dados, 2021.

Na Tabela 6, 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 6: Dados comparativos da fotogrametria antes e após tratamento do grupo TC (n=6).

Participantes	Antes Fotogrametria	Após	Diferença entre antes/após Goniometria flexão	Diferença entre antes/após 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°

Fonte: Coleta de dados, 2021.

Na Tabela 7, 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.

Tabela 7: Dados comparativos da fotogrametria antes e após tratamento do grupo TT. Canoas/RS, 2021. 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°

Fonte: Coleta de dados, 2021.

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, $P > 0.05$).

5.1 Discussão

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 melhor, 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, sabemos 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 de dever do mesmo tratar também esta 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 mecanoreceptores 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 et al, 2006; LEMOS e SANTOS, 2018).

OLIVEIRA (2015) nos 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 e colaboradores (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, podemos comprovar com esse estudo que o uso de taping associado a DLM melhora a alteração postural das pacientes.

6 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.

6.1 Produto Técnico

Capacitação Método Daniela Pereira: utilização do taping para correção postural no pós-operatório imediato de cirurgia plástica.

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 70, 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.

A capacitação consiste em ensinamentos aos profissionais de fisioterapia, como utilizar o 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. Os fisioterapeutas capacitados terão um diferencial no mercado, pois apresentará resultados satisfatórios por parte do paciente e médico.

O Método consiste na utilização do taping, ou seja, aplicação de faixas elásticas de algodão com cola adesiva hipoalergênica ao final do atendimento de fisioterapia no pós-operatório em cirurgia plástica. Esse taping permanece na paciente até a próxima sessão fisioterapêutica, sendo trocado em cada nova sessão pelo profissional de fisioterapia. As sessões serão necessárias numa frequência mínima de duas vezes na semana.

A capacitação se restringirá aos profissionais de fisioterapia, os quais são habilitados para tratamento no pós-operatório e suas possíveis intercorrências. Também, porque é exigido conhecimento prévio de fisiologia e anatomia humana.

Com o método queremos uma depressão e adução da escápula. Trabalhando assim com o taping em trapézio inferior.

A capacitação do Método Daniela Pereira será dividida em 4 módulos.

Nesses módulos será apresentado:

- ⇒ Taping, o que é? Como funciona? Para quem ele é utilizado?
- ⇒ Tipos de cirurgia plástica na parte anterior do tronco.
- ⇒ Tipos de alteração postural decorrentes dessas cirurgias plásticas e como podemos corrigi-las com a utilização do taping.

⇒ Tipos de intercorrências que possam surgir, como tratar e quais são as contraindicações da utilização do taping.

Com isso, pretende-se que os profissionais habilitados aprimorem seus atendimentos fisioterapêuticos no pós-operatório de cirurgia plástica, com uma visão mais global dos(as) pacientes. Trazendo melhora para o paciente, mais resultados nas cirurgias dos médicos e mais indicações para seu trabalho diferenciado no mercado.

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

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.

ARAÚJO, Carlos Delano Mundim et al. Influência da hipertrofia mamária na capacidade funcional da mulher. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 47, n. 2, p. 91-96, 2007.

BORGES, F.S. **Dermato-Funcional: Modalidades Terapêuticas nas Disfunções Estéticas**. São Paulo: Phorte, 2006.

CENDRON, Suiane Weimer et al. Fisioterapia complexa descongestiva associada a terapias de compressão no tratamento do linfedema secundário ao câncer de mama: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 1, p. 49-58, 2015.

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.

COELHO, Fernanda Dias et al. Cirurgia plástica estética e (in) satisfação corporal: uma visão atual. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 135-140, 2017.

COSTA, Raquel Fontenele; MEJIA, Dayana Priscila Maia; SILVA, Mayara Jucilea Oliveira da. **A fisioterapia dermatofuncional no tratamento da fibrose pós-operatória em cirurgia plástica corporal**. 2016. Disponível em: https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/19/58_-_A_fisioterapia_dermato-funcional_no_tratamento_da_fibrose_pYs-operatYria_em_cirurgia_plystica_corporal.pdf.

GATT, M.; WILLIS, Susan; LEUSCHNER, S. Uma meta-análise da eficácia e segurança da bandagem cinesiológica no tratamento do linfedema relacionado ao câncer. **Jornal europeu de cuidados com o câncer**, v. 26, n. 5, p. e12510, 2017.

GODOY, J.M.P.; BRAILE, D.M.; GODOY, M.F.G. Drenagem linfática e bandagem auto-adesiva em paciente com linfedema de membros inferiores. **Revista Angiologia Cirurgia Vascular**, v.16, p.207-211; 2000.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia dermatofuncional fundamentos recursos patologias**. 3. ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

HEYWARD, V. H.; STOLARCZYK, L. M. **Avaliação da composição Corporal Aplicada**. São Paulo: Editora Manole, 2006.

KASE, K., WALLIS, J., KASE, T. **Clinical Therapeutic Applications of the Kinesio Taping Method**. Tokyo, Japan: Ken Ikai Co Ltd, 2003.

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.

LEAL, N.F.B.; CARRARA, H.H.A.; VIEIRA, K.F.; FERREIRA, C.H. Tratamentos fisioterapêuticos para o linfedema pós-câncer de mama: uma revisão de literatura. **Rev Latinoam Enferm**, v.17, n.5, 2009.

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

LUZ, N. D.; LIMA, A. C. G. Recursos fisioterapêuticos em linfedema pós-mastectomia: uma revisão de literatura. **Fisioterapia e Movimento**, v.24, n.1,p.191-200. Curitiba, 2011.

MARQUETTI, M.G.; CHI, A.; SIQUEIRA, C.F.; SANTOS, I.F. Evaluation of taping in the lymphatic system through lymphoscintigraphy of upper and lower limbs: a case study. **Health**, 2019; v.11, n.5, p.527-34.

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

MEDEIROS et al., Escala Análoga Visual da dor (EAV), (Anexo C), 2016.

MIGOTTO, J.S.; SIMÕES, N.D.P. Atuação fisioterapêutica dermato funcional no pós-operatório de cirurgias plásticas. **Rev Eletrônica Gestão & Saúde**, v.04, n.01,p.1646-58, 2013.

NAGATA, Karoliny Silva; MARQUES, Samara De Matos. **O efeito da bandagem elástica funcional em linfedema pós-mastectomia**: relato de dois casos. 2015. Disponível em: <https://lyceumonline.usf.edu.br/salavirtual/documentos/2652.pdf>.

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.

PINHEIRO, Maitê dos Santos; GODOY, Ana Carolina; SUNEMI, Mariana Maia de Oliveira. Kinesio Taping associado à drenagem linfática manual no linfedema pós mastectomia: Relato de caso. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 4, n. 1, p. 30-36, 2015.

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.

RIBEIRO, RC, MATOS WN JR, CRUZ PF. Modified Lipoabdominoplasty: Updating Concepts. **Plast Reconstr Surg.**, v.138, n.1, p.38-47, 2016.

ROSA, Simone Corrêa. **Perfil antropométrico, comorbidades, fatores preditivos de complicações cirúrgicas e qualidade de vida de pacientes pós-bariátricos submetidos à cirurgia plástica reparadora**. 2018. 169 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2018. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34874>. Acesso em: 19 set. 2021.

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.cirurgiaplastica.org.br/?s=n%C3%BAmero+de+cirurgias+pl%C3%A1sticas>. Acesso em: 19 set. 2021.

SOUZA, Sweine Maria de; ANDRADE, Ana Paula da Silva Nascimento; LAPA, Vanessa da Silva. A eficácia da drenagem linfática manual, método Godoy®, associado à bandagem elástica adesiva no fibro edema gelóide. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 19894-19923, 2020.

THOMAZ, Jaya Paula; DIAS, Tamires dos Santos Maximo; REZENDE, Laura Ferreira de. Effect of taping as treatment to reduce breast cancer lymphedema: literature review. **Jornal vascular brasileiro**, v. 17, p. 136-140, 2018.

YI, L.C.; JARDIM, J.R.; INOUE, D.P.; PIGNATARI, S.S.N. Relação entre a excursão do músculo diafragma e as curvaturas da coluna vertebral em crianças respiradoras bucais. **J. Pediatr.** (Rio J.)v.84, n.2,p.171-177, 2009.

ANEXO A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Pesquisador Responsável: Daniela Campos Pereira – 51 985412919

Você está sendo convidado para participar em uma pesquisa clínica como voluntária. Após os esclarecimentos de todas as informações do projeto e retirado todas as suas dúvidas sobre a pesquisa, e caso você aceite fazer parte do estudo, ao final assinará este documento, que está em duas vias. A primeira via será mantida em poder do pesquisador responsável, e a segunda via é sua.

Este estudo é sobre o efeito do taping para correção postural. O taping é uma bandagem elástica adesiva, com cola hipoalergênica. Trata-se de um recurso fisioterapêutico já utilizado para outras funções, mas que nesse estudo será utilizado para correção postural.

1. OBJETIVO DO ESTUDO

Avaliar o efeito do taping (bandagem elástica adesiva) na correção ou melhora postural no pós operatório imediato de cirurgia plástica de tronco anterior. Sabe-se que a dor e o medo do movimento no período logo após a cirurgia causa uma postura anteriorizada ou seja, curvada para frente, que pode perpetuar-se, manter-se mesmo após recuperação total da cirurgia. A análise das pacientes será feita com a utilização do taping especificamente com a função de correção postural.

2. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

A coleta de dados será feita na chegada da paciente ao consultório de fisioterapia estética localizada na cidade de Canoas, após liberação médica, para realizar a fisioterapia pós operatória. E trinta dias depois de iniciada as sessões fisioterapêuticas. À princípio essa coleta será por fotogrametria, onde a paciente estará com roupas íntimas, e poderá ser detectado assimetrias e simetrias através de marcações de pontos estratégicos na parede e nenhum tipo de marcação na paciente. Os registros fotográficos serão feitos no plano frontal anterior e posterior (de frente e de costas) e sagital direito e esquerdo (de lado) com os MsSs em posição anatômica (braços ao lado do corpo comas palmas das mão viradas para frente), sempre pelo mesmo avaliador. Também será feita a coleta de dados posturais através de um goniômetro em pontos estratégicos e iguais para todas as pacientes, onde será medida a angulação de diversas articulações mais frequentemente acometidas pela intervenção da cirurgia plástica anterior de tronco. Através dos registros fotográficos, a paciente será classificada inicialmente com o tipo de assimetria visual (hiperlordose, hipercifose, pelve anterovertida, retrovertida, ombros protusos, etc.). E na avaliação final classificada com melhora ou não da assimetria inicial. Através da goniometria, poderá ser comparado a angulação inicial e final e medido os diferentes graus do antes e depois de cada paciente. Ou seja, através desses registros poderemos analisar se houve melhora da postura da paciente, com a utilização da bandagem, ou não.

3. TAPING OU BANDAGEM ELÁSTICA ADESIVA

A bandagem elástica adesiva, ou taping, é uma técnica criada no Japão, nos anos 1970, pelo quiropraxista Kenzo Kaze para auxiliar no tratamento de lesões. O taping tem diversas funções utilizadas pelo fisioterapeuta para sustentar, drenar, ajudar no movimento ou na propriocepção. É uma fita com cola adesiva colocada sobre a pele da paciente em pontos estratégicos, totalmente indolor.

4. SESSÕES DE FISIOTERAPIA

As sessões de fisioterapia serão divididas em fisioterapia pós operatória convencional e fisioterapia com utilização de taping para melhora postural. Sessões serão realizadas com o mínimo de 2x semanais e as medidas no primeiro dia de atendimento e 30 dias depois na sala de atendimento na cidade de Canoas.

5. GRUPOS DE PESQUISA

Após um sorteio utilizando um site na internet, você será alocado em um dos 2 grupos de tratamento:

1. Fisioterapia pós operatória convencional + Taping para correção postural
2. Fisioterapia pós operatória convencional

6. POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS

Um possível desconforto poderá ser sentido, por algumas pessoas, na permanência com o taping, como coceira, processo alérgico ou queimação, que deverá ser comunicado imediatamente à fisioterapeuta responsável. Demais procedimentos fisioterapêuticos são totalmente indolores. Além disso, poderá haver constrangimento frente ao questionário e timidez ao fazer fotos e coletar medidas. Para minimizar os riscos para as pacientes, as fotos serão feitas somente da região do tronco, diminuindo a chance de reconhecimento da paciente, favorecendo o anonimato. As imagens serão mantidas em segurança pela pesquisadora, que não divulgará de nenhuma forma, exceto, somente uma imagem ilustrativa será publicada no artigo com a devida autorização da paciente. Será mantida a segurança de privacidade e anonimato dos dados e imagens.

7. POSSÍVEIS BENEFÍCIOS DESTES ESTUDOS

Você poderá beneficiar-se diretamente em sua participação neste estudo pois durante a prática clínica, o taping se mostrou eficaz na melhora postural pós operatória, tendo assim um melhor resultado do procedimento cirúrgico realizado anteriormente, melhorando auto estima, imagem corporal e possíveis desconfortos futuros por alteração postural. Por outro lado, apesar dos resultados positivos descritos acima, a participante poderá não beneficiar-se diretamente da participação neste estudo. Porém, os resultados obtidos com este estudo contribuirão com informações relevantes sobre a utilização dessa nova função do taping, melhorando assim, os atendimentos fisioterapêuticos prestados durante o pós operatório de cirurgia plástica. Acordando as partes sobre total sigilo, privacidade e anonimização das fotos e dados obtidos no estudo.

8. EXCLUSÃO DO ESTUDO

O investigador responsável poderá ao longo do estudo considerar o seu afastamento da pesquisa, caso seja verificado que você não atende adequadamente os critérios necessários ou seja verificado que a pesquisa possa adicionar outros riscos para você.

9. DIREITO DE DESISTÊNCIA

Sua participação é totalmente voluntária, e você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sinta-se à vontade. Sua decisão de não participar ou de deixar a pesquisa depois de iniciada não prejudicará a atenção recebida nos atendimentos fisioterapêuticos durante o seu pós operatório.

10. PRIVACIDADE

Os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados. Todas as informações obtidas deste estudo poderão ser publicadas com finalidade científica, preservando os dados de identificação dos participantes.

11. CONTATO DOS PESQUISADORES

Caso você tenha alguma dúvida poderá entrar em contato com o pesquisador responsável por este estudo: Fisioterapeuta Daniela Campos Pereira através do telefone (51)985412919 ou por email: danishcp@hotmail.com. Com o orientador(a) da pesquisa: Liciane Fernandes Medeiros através do telefone (51)980502028 ou por email: licimedeiros@gmail.com. Ou, poderá contatar o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade La Salle, pelo e-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br, no endereço Av. Victor Barreto, 2288, 3º andar prédio 6 - centro de Canoas/RS, telefone (51)3476-8452, com horário de atendimento segunda-feira das 10h às 13h e das 15:30h às 19:30h, terça-feira das 10h às 12h e das 13h às 18:30h, quarta-feira das 10h às 12h e das 13h às 18:30h, quinta-feira das 10h às 12h e das 14:30h às 19:30h e sexta-feira das 10h às 12h e das 13h às 18:30h.

12. RESSARCIMENTO DE DESPESAS

Você não terá despesas com a sua participação na pesquisa e não será remunerada por ela.

13. CONSENTIMENTO

Este termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, uma para você e uma via será arquivada pelo pesquisador. Desta forma, declaro ter lido – ou me foi lido – as informações acima antes de assinar este Termo. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Por este instrumento, torno-me parte, voluntariamente, do presente estudo.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador(a): Daniela Campos Pereira _____

Assinatura do pesquisador(a): _____

Canoas, ____ de _____ de 2021.

ANEXO B – Questionário Demográfico

Nome Completo: _____

Telefone: _____

Idade: _____ E-mail: _____

Contato de um familiar: _____

Profissão: _____

(1) Ativo (2) Desempregado (3) Em benefício (4) Aposentado

Sexo: (1)M (2)F

Data de Nascimento: (___/___/____)

Peso: ____kg

Altura: _____(m)

IMC: _____(p:a²)

Estado civil: (1)Solteira (2)Casada (3)União Estável (4)Divorciada (5)Separada (6)Viúva

Escolaridade: (1)ensino fundamental incompleto

(2)ensino fundamental completo

(3)ensino médio incompleto

(4)ensino médio completo

(5)ensino superior incompleto

(6)ensino superior completo

(7)pós-graduação incompleto

(8)pós-graduação completo

(9)mestrado/doutorado incompleto

(10)mestrado/doutorado completo

Bebe: (1)S (2)N **Frequência:** _____(mensal)**Fuma:** (1)S (2)N **Nº de cigarros por dia:** _____**Ex-fumante:** (1)S (2)N **Há quanto tempo parou:** _____(anos)**Histórico de cirurgias anteriores:** (1)S (2)N **Quantas?:** _____**Qual(is) região(ões):** _____**Sensibilidade à dor:** (1)alta (2)média (3)baixa

ANEXO C – ESCALA INTENSIDADE DA DOR



ANEXO D - Body Shape Questionnaire - Imagem Corporal (BSQ)

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas.

1. Sentir-se entediado (a) faz você se preocupar com sua forma física?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre
2. Você tem estado tão preocupado (a) com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grande demais para o restante de seu corpo?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre
4. Você tem sentido medo de ficar gordo (a) ou mais gordo (a)?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre
6. Sentir-se satisfeito (a) (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gordo (a)?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre
9. Estar com homens (mulheres) magros (as) faz você se sentir preocupado (a) em relação ao seu físico?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre
11. Você já se sentiu gordo (a), mesmo comendo uma quantidade menor de comida?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre
12. Você tem reparado no físico de outros homens (mulheres) e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

14. Estar nu (nua), por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gordo (a)?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

15. Você tem evitado usar roupas que o (a) fazem notar as formas do seu corpo?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo (a)?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

19. Você se sente excessivamente grande e arredondado (a)?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

20. Você já teve vergonha do seu corpo?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

25. Você acha injusto que os outros homens (mulheres) sejam mais magros (as) que você?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

26. Você já vomitou para se sentir mais magro (a)?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

27. Quando acompanhado (a), você fica preocupado (a) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

32. Você toma laxantes para se sentir magro (a)?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre