

MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO ROCHA

***BODY SHAPE QUESTIONNAIRE*, ESCALA DE AUTO-ESTIMA
ROSENBERG/UNIFESP-EPM E *SHORT-FORM 36* APÓS
ABDOMINOPLASTIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

**São Paulo
2007**

MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO ROCHA

***BODY SHAPE QUESTIONNAIRE*, ESCALA DE AUTO-ESTIMA
ROSENBERG/UNIFESP-EPM E *SHORT-FORM 36* APÓS
ABDOMINOPLASTIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Cirurgia Plástica da
Universidade Federal de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador : Prof. Dr. Fábio Xerfan Nahas

Co-Orientadores : Prof. Dr. Gal Moreira Dini e Prof. Dr. Marcus Vinícius Jardim
Barbosa

**São Paulo
2007**

Rocha, Maria José Azevedo de Brito

Body Shape Questionnaire, Escala de Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM e Short-Form36 Após Abdominoplastia. / Maria José Azevedo de Brito Rocha — São Paulo, 2007.

xxvi, 160.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo.
Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica.

Título em inglês: *Body Shape Questionnaire, Rosenberg Self-Esteem Scale and Short-Form36 After Abdominoplasty.*

1. Cirurgia Plástica. 2. Parede Abdominal. 3. Auto-Imagem.
4. Imagem Corporal. 5. Qualidade de Vida.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIRURGIA PLÁSTICA**

COORDENADORA: Prof^ª Dr^ª Lydia Masako Ferreira

*Aos olhares, silêncios, gestos de compreensão, sorrisos e aplausos dos meus filhos, **Sara, Nuno e Hugo** — parte fundamental do meu projeto de vida, animaram-me a construir um sonho.*

*Ao **Henrique**, companheiro de muitos anos, pela estrutura que sustentou a realização deste trabalho.*

*Ao meu pai, **José** (in memoriam), que marcou minha vida com serenidade e beleza, com a alegria e a gentileza, com o surpreendentemente novo em cada amável surpresa trazida.*

Soube ser contemporâneo à sua época e apresentou-me o mundo de diferentes nacionalidades.

*À minha mãe, **Maria Beatriz**, que com todo o rigor e seriedade ensinou-me a ler e a escrever, a conhecer as primeiras palavras em francês e inglês, a querer conhecer lugares que faziam parte da História do mundo que, com encanto, explicava. Ensinou-me a ser corajosa. Por entender que “o gosto precisava ser educado”, indicou-me o caminho da estética.*

*Aos meus irmãos, **Acácio, Miguel e Paulo**, pelo colo amoroso, aconchegante, divertido e preocupado que me acolhe, sem restrições, em todos os momentos do meu viver e que sempre me deu referências para ir, aonde eu precisasse chegar.*

*Aos meus avós, **Vôvico (Francisco)** (in memoriam) e **Vóvica (Margarida)** (in memoriam), pelo exercício da elegância e do bom gosto com que pautaram suas vidas, presenteando-me com uma convivência de cuidado e bem estar.*

A todos os que ficaram amorosamente inscritos em mim.

*Ao meu Orientador Professor Doutor Fábio Xerfan Nahas **

Pelo olhar, além do óbvio, que sabe transformar, por cada gesto sábio e simples, generoso e amigo que potencializa vidas.

Pelo incansável entusiasmo com que compartilha o conhecimento, semeando futuros entusiastas da pesquisa científica.

Pela sensibilidade e ética, competência e seriedade com que cuida da cirurgia plástica, por cada abdominoplastia realizada e por ensinar que as muitas linguagens só existem na clareza da comunicação.

A minha gratidão.

** Professor Afiliado Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia Plástica, Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica, Responsável pelo Setor de Cirurgia Plástica Abdominal da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Universidade de São Paulo.*

O Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade de São Paulo (UNIFESP) — coordenado pela Professora Doutora Lydia Masako Ferreira, Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica — é como um laboratório, onde as fronteiras são apenas as da nossa ignorância, mas o seu horizonte definido pela curiosidade de conhecer. Aqui, todas as linguagens têm um lugar de encontro: interrogar, até mesmo aquilo que se esconde na beleza que tantos procuram, é a atividade principal dos que amam a idéia da Universidade. A mesma idéia que tem animado este programa, no qual as perguntas chegam pelo olhar e, a partir de hoje, chegam também pelo conhecimento.

*Muito obrigada, **Professora Doutora Lydia Masako Ferreira** por esta dádiva inteira e gratuita.*

À Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que abre portas, cede espaços e vincula um nome a respeitar. Como lugar da ciência, sabe que o pensamento não tem sotaque.

*Gosto de ouvir o português do Brasil,
onde as palavras recuperam sua substância total,
concretas como frutos nítidos como pássaros.
Gosto de ouvir a palavra com suas sílabas todas
sem perder, sequer, um quinto de vogal.
Quando (...) dizia o “coqueiro”,
o coqueiro ficava muito mais vegetal.*

(Sophia de Mello Breyner Andresen)

Às pacientes,

(...) Não me servem esses vagos ideais
Da fina transparência dos cristais;
Almas de santa e corpos de alfenim.

Prefiro a exuberância dos contornos,
As belezas da forma, seus adornos,
A saúde, a matéria, a vida enfim.

(Carvalho Júnior)



Minha gratidão e respeito.

À **Doutora Leila Blanes**, Professora Colaboradora da Disciplina de Cirurgia Plástica, Co-orientadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, pela continência a mim dedicada em relação às minhas primeiras dúvidas em pesquisa bibliográfica, pela postura desinteressada de uma preciosa pesquisadora, pela disponibilidade de tempo quase incondicional e por ter acreditado no meu projeto de pesquisa.

Ao **Professor Doutor Gal Moreira Dini**, Professor da Disciplina de Cirurgia Plástica, Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP, meu Co-orientador, pelas questões instigantes que fizeram pensar o meu trabalho ao longo do tempo. Por me fornecer material bibliográfico e resultados de suas pesquisas. Por gentilmente ter participado do estágio docente. Nos momentos mais difíceis, principalmente quando desencorajada, apresentava-me por intermédio de seus fundamentos teóricos e práticos, a segurança de que necessitava em relação às minhas idéias. A presença carinhosa e alegre, o jeito descontraído com seus abraços efusivos fizeram com que a formalidade do mundo acadêmico tornasse-se mais leve.

Ao **Professor Doutor Heitor Francisco de Carvalho Gomes**, Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia Plástica, Professor Co-orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP que, colaborou gentilmente na avaliação deste trabalho e reconheceu, em seu conteúdo, o aprofundamento da pesquisa de resultados em qualidade de vida para a cirurgia plástica.

Ao **Professor Doutor Max Domingues Pereira**, Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia Plástica, Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP, por gentilmente ter colaborado na correção deste trabalho com sugestões valiosas que elucidaram dúvidas metodológicas.

Ao **Doutor Alexandro Kenji Kimura** pelo cuidado na organização da lista de pacientes selecionadas para a cirurgia, quando da coleta de dados deste trabalho. Por ter operado as pacientes do Grupo Estudo e pela delicadeza com que as acompanhou.

À **Doutora Andréia Bufoni Farah**, pela sua arte estampada no avental do Setor de Cirurgia Plástica Abdominal da UNIFESP e, na ilustração das deformidades abdominais, segundo classificação de NAHAS. Por ter operado as pacientes do Grupo Estudo. Pela sua cordialidade neste tempo de convívio.

Ao **Professor Doutor Marcus Vinícius Jardini Barbosa**, Professor Colaborador da Disciplina de Cirurgia Plástica, Professor Co-orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP, meu Co-orientador que, com algumas de suas precisas correções traduziu e organizou a minha “poesia” em prosa palatável. Por ter operado as pacientes do Grupo de Estudo e por acompanhá-las com eficiência e segurança.

Aos **Professores do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica** por acolherem dúvidas, por estimularem discussões éticas e científicas, por exigirem qualidade em qualquer postura, pelas sugestões e considerações que abrem portas para instigantes questionamentos, novas pesquisas e estudos científicos. Em especial, ao **Professor Doutor Renato Santos de Oliveira Filho**, Professor Afiliado da Disciplina de Cirurgia Plástica e Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP, pelas importantes considerações nas minhas apresentações que permitiram lapidar esta dissertação e pela delicadeza que estendeu além da reunião científica, ao **Professor Doutor Ivan Dunshee de Abranches Oliveira Santos**, Professor Adjunto Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia Plástica, Chefe da Disciplina de Cirurgia Plástica, Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP, pelo seu acolhimento, no afetuoso cumprimento, ao **Professor Doutor Alfredo Gragnani Filho**, Professor Afiliado da Disciplina de Cirurgia Plástica, Vice-Coordenador e Professor Orientador do Programa

de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP, pelo respeito demonstrado em sua reservada simpatia e ao **Professor Doutor Miguel Sabino Neto**, Professor Adjunto Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia Plástica, Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP pela delicadeza e simpatia em cada sugestão proferida.

À **Professora Doutora Christiane S. Sobral**, Professora Colaboradora da Disciplina de Cirurgia Plástica, Professora Co-orientadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP e à **Professora Doutora Anelisa B. Campaner**, Professora Colaboradora da Disciplina de Cirurgia Plástica, Professora Co-orientadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP, pela postura ética e cordial em cada banca, que tive o privilégio de assistir. A maneira como transitavam por assuntos e conteúdos especializados de outras áreas, sem se prenderem apenas ao aspecto formal, demonstrou respeito por linguagens diferentes.

Ao **Professor Doutor Élvio Bueno Garcia**, Professor Afiliador da Disciplina de Cirurgia Plástica, Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP e ao **Professor Doutor Luiz Eduardo Felipe Abla**, Professor Afiliador da Disciplina de Cirurgia Plástica, Professor Co-orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP, pelas sugestões no Projeto de Pesquisa.

Aos Pós-graduandos do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP, **Ana Claudia Amoroso de Ribeiro Maia** e **Antônio Carlos Aloíse**, pelas manifestações de amizade e simpatia ao longo deste tempo. Por suas presenças e empenho na divulgação do estágio docente. À **Doutora Lia M. Shinmyo** pela disponibilidade e amizade ao longo destes anos de convivência. Ao **Doutor Alexandre Katalinic Dutra**, ao **Carlos Eduardo Pinfieldi**, à **Patrícia Porto Loddi** e à **Andréia B. Falasco**, pelas sugestões e pela cordialidade com que sempre acolheram o meu trabalho.

À **Doutora Andréa Garcia** pela simpatia e alegria com que sempre me acolheu. Ao **Ricardo Leão de Oliveira** pela amizade.

Ao **Doutor José Luis Gonçalves Bretos**, Professor Colaborador da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP pelas sugestões e pela amizade e ao **Doutor José de Arimatéia Mendes**, Professor Colaborador da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP pela cordialidade e respeito ao meu trabalho.

Ao **Doutor Marcello Di Martino**, ao **Doutor Mário Guilherme Ceszar Rocha**, ao **Doutor Thiago Linguanotto Biasi**, e ao **Doutor Gilberto da Silva Cairo Bizutti**, médicos residentes da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da UNIFESP. A minha gratidão pela postura ética e profissional com que acolheram o trabalho da psicologia na medicina, colaborando de forma imprescindível na realização deste trabalho.

À **Doutora Natália Ayaviri** por ter operado o Grupo Controle. A todos os **residentes** da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da UNIFESP e a todos os **profissionais** do Hospital São Paulo que participaram e contribuíram para a realização das cirurgias.

A todos os **pós-graduandos** do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP, com quem convivi e muito aprendi ao longo deste tempo, em especial à **Doutora Roberta L. Bariani**.

À **Doutora Maria Gabriela Azevedo Gama**, Professora do Departamento de Ciência da Comunicação da Universidade do Minho/Portugal, pela solícita colaboração no envio de artigos, principalmente de literatura científica europeia.

À inestimável sensibilidade da **Professora Doutora Neli Regina Siqueira Ortega**, Professora Colaboradora da Disciplina de Métodos Quantitativos em

Medicina da FMUSP, pela análise estatística dos dados, transformados nos resultados deste trabalho.

Ao **Professor Doutor Jorge Forbes**, Psiquiatra e Psicanalista, que gentilmente participou do estágio docente.

Ao **Professor Doutor Dartiu Xavier da Silveira Filho**, Professor Afiliado do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, Coordenador Geral do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), Presidente da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD) pela disponibilidade com que, gentilmente, colaborou na elucidação das minhas dúvidas psiquiátricas.

Ao **Professor Doutor Jair de Jesus Mari**, Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, Presidente do Centro de Estudos Paulista de Psiquiatria, por gentilmente ter-me recebido e orientado, quanto a dúvidas de avaliação da saúde mental, ajudando-me a continuar este trabalho.

Ao **Professor Doutor José Antônio Marques Maia de Almeida**, Professor do Programa de Pós-Graduação “Ensino em Ciências da Saúde” (Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS-UNIFESP), pelas aulas ministradas no curso de formação Didático Pedagógica em Saúde e ao **Professor Doutor Marcos de Almeida**, Professor do Departamento de Patologia, Membro Titular da Comissão de Ética Médica, pelas aulas que apresentou no curso de Ética Médica e que contribuíram para a minha formação.

À **Dora Graciotti**, à **Janete da Silva Cassimiro** e à **Solange Bernardes Gama**, secretárias do consultório do Prof. Dr. Fábio Xerfan Nahas, pela cordialidade e simpatia com que sempre me atenderam.

À **Andréia do Carmo**, bibliotecária do Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), pela paciência e cordialidade no início das minhas pesquisas. Pela sua disponibilidade em sempre atender às minhas dúvidas.

Às secretárias, **Marta Rejane, Sandra da Silva e Silvana Aparecida de Assis** da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, pela presteza com que comunicaram informações importantes e pela gentileza no atendimento, em todos os momentos necessários.

Ao **Departamento de Cultura Científica (DCC)** da UNIFESP pela importante colaboração na execução e divulgação do estágio docente.

Ao **Doutor Roberto Evangelista** e à **Professora Maria José C. Carvalho**, Professores Orientadores da Faculdade de Psicologia (Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas - UNIFMU), por sempre acreditarem no meu trabalho e por terem divulgado, com entusiasmo, o estágio docente. Ao **Professor José Augusto Rossetto Júnior**, Diretor do Setor de Psicologia da UNIFMU, por permitir a divulgação do curso, na Faculdade.

Ao **Laboratório Sujeito e Corpo** do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) por ter permitido a divulgação do curso “Qualidade de Vida em Cirurgia Plástica” que fazia parte do estágio docente.

A todos os que participaram do estágio docente, principalmente pelas presenças amigas da **Laura Ferrara Carunchio, Beatriz Ferrara Carunchio, Margarete Arakelian, Lúcia Helena Gimenes e Denise Siqueira Campos**. Aos gestos sem preço da **Rosemary Stanize C. Porto**, minha colega de consultório.

Ao **Sílvio Rogério da Silva** do Departamento de Urologia da UNIFESP, pela disponibilidade nas dúvidas em informática.

À minha analista, **Doutora Olga Maria Pires Camargo**, a minha gratidão.

“(...) sem o corpo, a psicanálise não caminha”.

“É sobre a base de fatos clínicos que a discussão pode ser fecunda”.

(Jacques Lacan)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS	vii
LISTAS	xix
RESUMO	xxv
1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVO	06
3 LITERATURA	08
4 MÉTODOS	25
5 RESULTADOS	35
6 DISCUSSÃO.....	53
7 CONCLUSÃO	81
8 REFERÊNCIAS	83
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	96
NORMAS ADOTADAS.....	99

SUMMARY	101
APÊNDICES	104
ANEXOS	122

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.	Deformidades da parede abdominal, segundo classificação de Nahas	27
FIGURA 2.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle, para valores totais (<i>BSQ</i>)	37
FIGURA 3.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio autopercepção da forma corporal (<i>BSQ</i>)	39
FIGURA 4.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio percepção comparativa da imagem corporal (<i>BSQ</i>)	41
FIGURA 5.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio atitude em relação à alteração da imagem corporal (<i>BSQ</i>)	42
FIGURA 6.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio alterações intensas da percepção corporal (<i>BSQ</i>)	43
FIGURA 7.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle na auto-estima (Escala de Auto-Estima Rosenberg/UNIFESP-EPM)	44
FIGURA 8.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio saúde mental (<i>SF-36</i>)	45

FIGURA 9.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio aspectos físicos (<i>SF-36</i>)	46
FIGURA 10.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio aspectos emocionais (<i>SF-36</i>)	47
FIGURA 11.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio vitalidade (<i>SF-36</i>).....	48
FIGURA 12.	Saúde mental <i>versus</i> auto-estima: momento inicial (Spearman).....	50
FIGURA 13.	Saúde mental <i>versus</i> auto-estima: após seis meses (Spearman)	51
FIGURA 14.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio capacidade funcional (<i>SF-36</i>)	120
FIGURA 15.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio dor (<i>SF-36</i>)	120
FIGURA 16.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio estado geral de saúde (<i>SF-36</i>)	121
FIGURA 17.	Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio aspectos sociais (<i>SF-36</i>)	121

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Descrição da amostra, segundo idade, IMC e número de gestações	107
TABELA 2.	Distribuição da amostra, segundo as variáveis de tempo na decisão e grau de expectativa em relação à intervenção	109
TABELA 3.	Distribuição segundo as faixas de pontuação do <i>BSQ</i> em categorias, em relação à preocupação com a forma corporal e insatisfação com o corpo.....	38
TABELA 4.	Fluxo de mudanças por categorias, no Grupo Estudo	39
TABELA 5.	Fluxo de mudanças por categorias, no Grupo Controle.....	39
TABELA 6.	Dados Demográficos e Valores Individuais dos Questionários <i>SF-36, AE</i>	111
TABELA 7.	Valores Individuais do Questionário da Imagem Corporal (<i>BSQ</i>) Valores Totais e Subescalas	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

α	Alfa
%	Porcentagem
\geq	Maior ou Igual
(*)	Significância Estatística
<	Menor
>	Maior
\leq	Menor ou Igual
°	Grau
ABRAMD	Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas
AE	Aspecto Emocional
AE	Auto-Estima
AF	Aspecto Físico
AI	Alterações Intensas da Percepção Corporal
AP	Autopercepção da Forma Corporal
AS	Aspecto Social
AT	Atitude em Relação à Alteração da Imagem Corporal
BDD	<i>Body Dysmorphic Disorder Examination Self-Report</i>
BDDE	<i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i>
BESAQ	<i>Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire</i>
BIQLI	<i>Body Image Quality of Life Inventory</i>

BIREME	Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BMI	<i>Body Mass Index</i>
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
CEDESS	Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Capacidade Funcional
DAS59	<i>Derriford Appearance Scale</i>
DCC	Departamento de Cultura Científica
DCQ	<i>Dysmorphic Concern Questionnaire</i>
DSM-III-R	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Version III-R</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Forth Edition</i>
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Forth Edition - Text Revision</i>
EGS	Estado Geral de Saúde
Ens.	Ensino
EPM	Escola Paulista de Medicina
EQ-5D	<i>EuroQol</i>
EUA	Estados Unidos da América
FNE	<i>Fear of Negative Evaluation Scale</i>
Fund.	Fundamental
GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>

IMC	Índice de Massa Corpórea
Kg	Kilograma
m²	Metro Quadrado
MBSRQ	<i>Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire</i>
n	Amostra
n^o	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Percepção Comparativa da Imagem Corporal
PCSC	<i>Perceived Competence Scale for Children</i>
PROAD	Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes
Rho	Medida de correlação de Spearman
RSE	<i>ROSENBERG Self-Esteem Scale</i>
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey</i>
SIBID	<i>Situational Inventory of Body Image Dysphoria</i>
SM	Saúde Mental
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
Sup.	Superior
SWLS	<i>Satisfaction with Life Scale</i>
TRAM	Retalho Músculo-Cutâneo Transverso do Reto do Abdome
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIFMU	Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas
USP	Universidade de São Paulo
VIT	Vitalidade

RESUMO

RESUMO

INTRODUÇÃO: A abdominoplastia visa a restaurar o contorno do abdome. O objetivo deste estudo é avaliar a imagem corporal, auto-estima e qualidade de vida em pacientes submetidas à abdominoplastia. **MÉTODOS:** Distribuiu-se 40 pacientes do gênero feminino, entre 25-60 anos de idade, IMC entre 19-30kg/m², com deformidade abdominal tipos III e A pela classificação de NAHAS, em dois grupos: Grupo Estudo com 25 pacientes submetidas a abdominoplastia e Grupo Controle com 15 pacientes sem intervenção cirúrgica. Três questionários foram aplicados: *BSQ*, Escala de Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM, *SF-36* no pré e pós-operatório de um e seis meses no Grupo Estudo, no pré-operatório e após seis meses no Grupo Controle. **RESULTADOS:** Trinta e nove pacientes terminaram o estudo. No Grupo Estudo (24 pacientes), a abdominoplastia provocou impacto positivo no primeiro mês pós-operatório, mantendo-se no sexto mês. Houve diferença estatisticamente significativa em valores totais e nas subescalas (*BSQ*), na auto-estima (ROSENBERG/ UNIFESP-EPM) e no domínio saúde mental (*SF-36*). Nos domínios aspectos físicos, emocionais e vitalidade (*SF-36*), houve diferença estatisticamente significativa apenas no pós-operatório de um mês. As demais dimensões não apresentaram diferença estatisticamente significativa. No Grupo Controle, a diferença não foi estatisticamente significativa em todos os domínios do *BSQ*, na auto-estima (ROSENBERG/UNIFESP-EPM) e domínios do *SF-36*, com exceção do domínio vitalidade. Quando comparados os dois grupos aos seis meses, os valores não apresentaram diferença estatisticamente significativa em nenhum dos domínios, com exceção da subescala percepção comparativa da imagem corporal (*BSQ*). **CONCLUSÃO:** A abdominoplastia promoveu melhora da imagem corporal, auto-estima e saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Plástica; Parede Abdominal; Auto-Imagem; Imagem Corporal; Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica é uma especialidade que se preocupa amplamente, mas não exclusivamente, com a reparação do corpo. Desta forma, tem como finalidade dar novo contorno a diferentes estruturas do mesmo, com o intuito de melhorar a aparência, influenciando a imagem corporal, a auto-estima e, conseqüentemente, a qualidade de vida do paciente ¹⁻⁸ (VEIGA et al., 2004; FIGUEROA, 2003; DUBOIS, FLAY, 2004; DINI, 2004; FREIRE et al., 2004; SOARES, 2004; ALVES et al., 2005; SILVA, 2005).

Ao mudar o aspecto físico, a cirurgia plástica provoca transformações psíquicas e, por isso, é considerada uma intervenção psicológica ⁹⁻¹³ (THOMSON Jr, KNORR, EDGERTON, 1978; PRUZINSKY, EDGERTON, 1990; PERTSCHUK, 1998; RANKIN et al., 1998; FERRARO, ROSSANO, D'ANDREA, 2005). A sua implicação não é apenas estética; é, sobretudo, psicossocial, pois se sabe que a estética, por si só, produz um bem-estar individual e social ¹⁴⁻¹⁹ (VILAIN, BZOWSKY, 1977; CASTLE, 2002; FLAGEUL, GODEFROY, LACOEUILHE, 2003; CASH, 2004; ELLABAN, HART, 2004; FERREIRA, 2004). SARWER, WADDEN, WHITAKER (2002), seguindo a mesma linha de pensamento, afirmaram que a cirurgia plástica é a cirurgia da imagem corporal, uma vez que a imagem é o centro da investigação ²⁰. Assim, para se entender os aspectos psicológicos dos pacientes que procuram a cirurgia plástica, a imagem corporal possui um papel fundamental ^{17,21-23} (CASH, 2004; CASH, FLEMING, 2002; PRUZINSKY, 2004; SARWER, CRERAND, 2004).

Em medicina existe um consenso quanto à definição de imagem corporal de que, para a sua construção, estão envolvidas características afetivas, cognitivas, comportamentais e perceptivas — pensamentos, sentimentos e comportamentos acerca do corpo ^{20-21,24} (SARWER, WADDEN, WHITAKER, 2002; CASH, FLEMING, 2002; SARWER et al., 1998a). Neste ponto há correlação com a qualidade de vida, como sendo a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde ^{1,25-26} (VEIGA et al., 2004; CICONELLI, 1997; BORAH, RANKIN, WEY, 1999).

O conceito de qualidade de vida foi introduzido na medicina no instante em que resultados tradicionais, como mortalidade e morbidade, tornaram-se estreitos e ineficientes para avaliar aspectos também relevantes no campo da saúde ²⁷ (POWER, 2003). A saúde foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não necessariamente a ausência de doença ou, enfermidade” ²⁸ (WHOQOL GROUP, 1995).

Medir a qualidade de vida em cirurgia plástica é avaliar a percepção individual do impacto que a intervenção provoca nas funções físicas, mentais, emocionais e sociais, ou seja, quantificar a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas ^{16,29-33} (FLAGEUL, GODEFROY, LACOEUILHE, 2003; HASAN, 2000; PETERMAN, CELLA, 2000; GARRAT et al., 2002; FEISS, 2003; CANO, BROWNE, LAMPING, 2004).

Apesar da essência da cirurgia plástica estar fundamentada em variáveis psicológicas individuais, como imagem corporal e auto-estima, a percepção de beleza no corpo humano mudou bastante durante as últimas décadas, culminando com o aumento na demanda das operações estéticas. Este aumento está relacionado aos aspectos sócio-culturais com ênfase na juventude, forma física e aceitação de padrões dominantes de aparência física ³⁴⁻³⁸ (REICH, 1982; NAPOLEON, 1993; ALAGÖZ et al., 2003; CASH et al., 2004; CASH, SANTOS, WILLIAMS, 2005).

Alterações fisiológicas como o envelhecimento, a gravidez, ou alterações do contorno corporal provocadas, essencialmente, por mudanças no Índice de Massa

Corpórea (IMC), causam alterações psicológicas³⁹⁻⁴⁰ (FERREIRA, 2000; SEUNG-JUN, THALLER, 2002). O abdome, como sede de sistemas orgânicos vitais e como arcabouço de sustentação da atividade reprodutora, faz parte da história corporal e psíquica. A modificação do esquema corporal altera funções e relações na maternidade que, permeadas pela sexualidade, traduz-se em níveis consideráveis de constrangimento^{20,41-43} (SARWER, WADDEN, WHITAKER, 2002; PRUZINSKY, 1996; COADY, 1997; BOLTON et al., 2003).

A abdominoplastia é um procedimento freqüente em cirurgia plástica que possibilita o tratamento de alterações da pele, da gordura e dos músculos abdominais. Desta maneira, a indicação da abdominoplastia possibilitou, em termos de qualidade de vida, uma mudança de paradigma na medida em que é a deformidade de cada paciente que determina a técnica operatória capaz de restaurar, com maior eficiência, o abdome resgatando-o e/ou transformando-o em seu contorno corporal⁴⁴⁻⁴⁵ (NAHAS, 2001a; 2001b).

Na literatura científica, estudos sobre qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia plástica tinham como variável, inicialmente, operações conjuntas e, portanto, com especificidades diluídas ou mascaradas a outros procedimentos^{11,20,46-50} (PERTSCHUK et al., 1998; SARWER, WADDEN, WHITAKER, 2002; KLASSEN et al., 1996; ÖZGÜR, TUNCALI, GÜRSU, 1998; SARWER et al., 1998b; CHAHRAOUI et al., 2005; VON SOEST et al., 2006). Apresentavam também, metodologia heterogênea com resultados contraditórios em relação às motivações e características psicológicas dos pacientes^{23,51-52} (SARWER, CRERAND, 2004; WRIGHT, WRIGHT, 1975; EDGERTON, LANGMAN, PRUZINSKY, 1991).

Embora a abdominoplastia seja um procedimento cirúrgico freqüente, foi encontrada apenas uma publicação específica sobre qualidade de vida no pós-operatório dos pacientes submetidos a essa cirurgia, com metodologia reprodutível⁴³ (BOLTON et al., 2003).

No Brasil, não há estudos sobre o impacto da abdominoplastia na qualidade de vida dos pacientes, utilizando-se instrumentos validados e adaptados culturalmente. A auto-estima — alicerce afetivo do ser humano e indicador de saúde mental pela capacidade de adaptação e aceitação da realidade — associada à imagem corporal, é uma medida importante para avaliar resultados em cirurgia plástica, por ser um aspecto da qualidade de vida ^{2-4,53-55} (FIGUEROA, 2003; DUBOIS, FLAY, 2004; DINI, 2004; WENGLER, 1986; MAYBERRY, 1990; COLLINS, SMYER, 2005).

Portanto, sendo a qualidade de vida um importante fator a ser determinado em cirurgia plástica e, dada a falta de estudos em abdominoplastia, faz-se necessário quantificar os seus efeitos psicológicos, por meio da imagem corporal e auto-estima, nesses pacientes. Estas variáveis subjetivas são expressas pela percepção que o paciente tem da própria deformidade, assim como seu grau de preocupação. Desta forma, avaliar a percepção é entrar num campo diferente da realidade física dos resultados em medicina.

OBJETIVO

2 OBJETIVO

Avaliar a imagem corporal, a auto-estima e a qualidade de vida após abdominoplastia.

LITERATURA

3 LITERATURA

3.1 QUALIDADE DE VIDA

ROSENBERG (1965) entrevistou, em 1960, 5024 adolescentes do ensino médio de dez escolas do estado de Nova Iorque, nos Estados Unidos da América (EUA), com o intuito de verificar o modo como se viam, o que sentiam a respeito de si próprios e que critérios de auto-avaliação empregavam. Os dados colhidos foram utilizados para o desenvolvimento da escala de auto-estima⁵⁶. Esse autor identificou a auto-estima como única dimensão com dois fatores na estrutura da escala: autoconfiança e autodepreciação.

ROSENBERG (1977) escreveu sobre os efeitos negativos na auto-estima, quando há discrepâncias entre o indivíduo e o contexto social⁵⁷. Nesse contexto, ressaltou a existência de dissonâncias, principalmente em minorias (étnicas, religiosas), que influenciam a auto-estima, sobretudo de crianças, ao gerar sentimentos de exclusão. Revelou que as pessoas não são comparadas individualmente, mas em grupo generalizado ou estereotipado, sendo que cada grupo fala segundo sua própria referência. Nesse estudo acentuou a importância da cultura e da auto-estima na saúde mental.

COOPER et al. (1987), na Inglaterra, desenvolveram o *Body Shape Questionnaire (BSQ)* para avaliar preocupações com a forma corporal e a insatisfação com o próprio corpo⁵⁸. Foi validado, inicialmente, em 535 mulheres da população comparadas com 38 pacientes bulímicas. A versão original do questionário possui 34 itens.

WARE, SHERBOUNE (1992) descreveram o desenvolvimento do instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)* e analisaram o conceito estrutural e a lógica utilizada na seleção e construção de cada item avaliado, discutindo detalhadamente cada domínio⁵⁹.

ROSEN et al. (1996) validaram o *BSQ* nos EUA em 466 pacientes, de ambos os gêneros, com alteração de imagem corporal, dentre os quais obesos que faziam dietas, e universitários, demonstrando a sua validade em relação a outras medidas de imagem corporal⁶⁰.

KLASSEN et al. (1996) estudaram a qualidade de vida em 198 pacientes com idades a partir de 16 anos, que desejavam submeter-se à cirurgia plástica por meio de três instrumentos padronizados: o *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)*, o *General Health Questionnaire (GHQ-28)* e o *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)*⁴⁶. Esses questionários foram aplicados no pré e no pós-operatório de seis meses e a variável foi o tipo de operação. Compararam os resultados com os provenientes de uma amostra aleatória obtida da população geral. Os pacientes apresentaram melhora na auto-estima em todos os grupos cirúrgicos. Segundo os autores, pacientes de cirurgia plástica experimentam problemas físicos, psicológicos e sociais, sendo que a operação mostrou-se efetiva ao abordar esses aspectos pela melhora observada, no estado de saúde após a mesma.

CICONELLI (1997) traduziu o questionário genérico para avaliação da qualidade de vida *SF-36* para a língua portuguesa, adaptou-o à cultura brasileira e validou-o aplicando em pacientes com artrite reumatóide, cuja versão brasileira foi publicada em 1999²⁵.

RANKIN et al. (1998) examinaram, prospectivamente, resultados de um estudo sobre qualidade de vida, de 105 pacientes que se submeteram à operação estética eletiva, nos períodos pré e pós-operatório de um mês e de seis meses¹². Foram utilizados quatro questionários: o *Health Measurement Questionnaire*, o *Personal Resources Questionnaire*, o *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* e o *Ways of Coping Scale*. A intervenção cirúrgica não produziu diferenças significantes entre o pré e o pós-operatório nos escores de suporte social e estratégias de *coping* — comportamentos de adaptação a mudanças — mas revelou benefícios psicológicos pela melhora significativa nos resultados de qualidade de vida e diminuição dos escores de depressão, que persistiram ao longo do tempo avaliado. Essa amostra contemplou três tipos de operações plásticas, não podendo, portanto, representar todos os pacientes que se submetem a cirurgia plástica.

KLASSEN et al. (1999) ressaltaram que a cirurgia plástica era uma intervenção controversa porque, geralmente, era vista com menos prioridade⁶¹. Analisaram duas medidas de avaliação de qualidade de vida: *SF-36* e *EuroQol (EQ-5D)*, para verificar a eficácia da cirurgia plástica na qualidade de vida. Relataram que, de uma maneira geral, os pacientes tiveram benefícios em diferentes dimensões da saúde relacionada à qualidade de vida, como melhora na saúde mental. Esse estudo foi importante na medida em que demonstrou o constrangimento, a angústia psicológica e as dificuldades sociais, como resultado de problemas acerca da aparência com a qual os pacientes apresentaram-se à cirurgia plástica. Analisando os dois instrumentos, concluíram que o *EQ-5D* foi menos sensível a mudanças do que o *SF-36*.

DINI (2000) traduziu para a língua portuguesa, adaptou culturalmente e validou o questionário de Auto-Estima de Rosenberg, trabalho esse publicado em 2004 ⁶².

CASH, FLEMING (2002) examinaram a validade do instrumento *Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI)* em 116 estudantes universitárias, com a finalidade de quantificar o impacto da imagem corporal na vida das pessoas ²¹. A imagem corporal associada à qualidade de vida foi relacionada à grande satisfação com o corpo. As áreas com impacto negativo foram o controle do peso, os comportamentos de constrangimento ou situações de fuga. Concluíram que a imagem corporal possuía uma grande influência na qualidade de vida.

DI PIETRO (2001) adaptou culturalmente e validou o questionário *BSQ* em 164 estudantes, de ambos os gêneros, integrantes dos três primeiros anos do curso de medicina da UNIFESP ⁶³. Avaliou níveis de transtorno da imagem corporal sugerindo que, do ponto de vista patológico, o teste permite a investigação de transtornos alimentares e, no âmbito da cirurgia plástica, possibilita investigar o que há por trás da imagem que o paciente faz de si mesmo. Dessa forma, poderá avaliar sintomas iniciais do transtorno dismórfico corporal e dos transtornos alimentares antes que se manifestem como um todo.

GARRAT et al. (2002), em revisão de literatura sobre publicações com questionários de qualidade de vida — os mais usados em pesquisa de resultados em saúde — concluíram que 30% foram realizadas em oncologia, reumatologia, desordens músculo-esqueléticas e, também, em população idosa ³¹. Essas áreas têm uma história de avaliação de qualidade de vida e uma política que promoveu o uso desses questionários específicos em suas pesquisas. Portanto, segundo os autores, o crescimento ainda não havia sido concentrado em especialidades e problemas de saúde, mas sim, em torno do desenvolvimento de medidas específicas de doenças ou populações. Dezesesseis por cento usaram questionários genéricos e o *SF-36* foi um dos instrumentos mais aplicados em um grande número de populações, tendo sido validado

em várias línguas. Os autores consideraram importante avaliar o impacto no estado de saúde e, principalmente, na qualidade de vida do paciente, para uma completa avaliação dos benefícios de uma intervenção.

SARWER, WADDEN, WHITAKER (2002), em estudo prospectivo, avaliaram 45 pacientes do gênero feminino submetidas à operação plástica, no pré e no pós-operatório de seis meses²⁰. Referiram que a razão da procura pela cirurgia plástica era a insatisfação com a imagem corporal concentrada em características específicas do corpo. Assim, a imagem corporal pôde ser avaliada através de pensamentos, sentimentos e comportamentos acerca do corpo. Verificou-se um alto grau de satisfação dos pacientes com os resultados após a intervenção por intermédio de dois questionários: o *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)* e o *Body Dysmorphic Disorder Examination Self-Report (BDD)*. As pacientes relataram melhora no grau de insatisfação com a área específica do corpo que foi alterada pela operação e menos constrangimento na sua exposição. Esse achado foi consistente com a literatura científica, citada e discutida pelos autores.

CHING et al. (2003) fizeram um levantamento criterioso da literatura para identificar instrumentos apropriados para avaliar resultados em cirurgia plástica, tendo em vista a validade, reprodutibilidade e sensibilidade⁶⁴. Identificaram a qualidade de vida e a imagem corporal, como sendo de grande valor em determinar resultados em cirurgia plástica, sugerindo a auto-estima e a imagem corporal como os instrumentos psicológicos mais apropriados para esta avaliação. Segundo os autores, os instrumentos genéricos têm pouca sensibilidade para detectar mudanças que não são apenas físicas, em procedimentos que são predominantemente estéticos, como é o caso do *SF-36*.

FEISS (2003) ressaltou a importância da preparação psicológica do paciente para a mudança da aparência, como um dos critérios da satisfação no pós-operatório³². Além disso, salientou que não se deve minimizar o aspecto sexual, real ou

imaginário, que condiciona o sucesso psicológico da cirurgia que, por sua vez, está relacionado diretamente ao grau de satisfação do paciente em termos de resultados de qualidade de vida.

FLAGEUL, GODEFROY, LACOEUILHE (2003) relataram que dimensão psicológica, satisfação e qualidade de vida tinham igual significado ¹⁶. Afirmaram, também, que a capacidade de reparação da cirurgia plástica é que lhe confere o valor terapêutico e que a intervenção nunca alcançará este valor nos pacientes com transtorno dismórfico corporal. Esses autores trouxeram, em seu estudo, o ponto de vista de cirurgiões plásticos, psicólogos, psiquiatras e juristas, concluindo que toda a cirurgia plástica é reconstrutiva porque almeja a estética, cujo estado harmônico é um dos fatores de bem-estar individual e social.

CANO, BROWNE, LAMPING (2004) realizaram uma revisão da literatura e concluíram que, devido ao impacto psicossocial e clínico causado pela cirurgia plástica, bem como o número de técnicas utilizadas e a diversidade de sucessos, seria importante e necessária a utilização de medidas de resultados baseados na perspectiva do paciente, tanto sob o ponto de vista genérico quanto específico ³³. Essa heterogeneidade introduziu a complexidade e dificuldade no desenvolvimento dessas medidas de avaliação. Na cirurgia plástica é sugerida a perspectiva do paciente, em termos de satisfação — único método apropriado para avaliar a qualidade de vida.

DINI (2004) estudou a validade de construção em 55 pacientes submetidos à lipoaspiração do abdome e avaliou a sensibilidade da Escala de Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM ⁴.

3.2 QUALIDADE DE VIDA E ABDOMINOPLASTIA

FLOROS, DAVIS (1991), na Inglaterra, avaliaram, em estudo retrospectivo, no período de 1979 a 1984, o tipo e a incidência de complicações físicas em 133 pacientes submetidos a abdominoplastia ⁶⁵. Dos 133 pacientes, 48 apresentaram complicações. Embora a abdominoplastia fosse, geralmente, considerada um procedimento puramente estético, 38 pacientes apresentavam hérnia de parede abdominal associada. Sob o ponto de vista físico e objetivo, 55% dos pacientes tiveram um resultado excelente, mas em sua percepção subjetiva, a satisfação relatada foi de aproximadamente 90%. Embora os resultados físicos, muitas vezes, desapontassem o cirurgião, a avaliação do paciente foi mais encorajadora.

BOLTON et al. (2003) avaliaram os resultados da qualidade de vida em abdominoplastia, através de um estudo prospectivo, em 30 mulheres no pré e pós-operatório de dois meses, no período de 1999 a 2001 ⁴³. Foram utilizados os questionários: *MBSRQ*, *The Situational Inventory of Body Image Dysphoria (SIBID)*, *The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire (BESAQ)*, *RSE*, *The Fear of Negative Evaluation Scale (FNE)*, *The Satisfaction with Life Scale (SWLS)*, *The Appearance Schemas Inventory* e *The Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire*. Os resultados indicaram melhora na imagem corporal, na aparência de uma maneira geral, na satisfação com a parte do corpo alterada e no peso. Houve diminuição do constrangimento na exposição do corpo nas relações sexuais. Não foram verificadas mudanças na preocupação em relação à aparência e no funcionamento psicossocial. A abdominoplastia reduziu a avaliação negativa e emoções relativas à dismorfia da imagem corporal.

FARAH et al. (2004), em estudo com 40 mulheres distribuídas em dois grupos (estudo e controle), compostos de 20 pacientes cada, avaliaram e mapearam a sensibilidade do abdome, após a abdominoplastia, em relação ao toque e à dor

superficiais, à temperatura, à vibração e à pressão ⁶⁶. Mostraram o deficit sensorial em todas as modalidades de sensibilidade e a característica constante da distribuição desse deficit envolvendo, principalmente, a região infra-umbilical. DELLON, DELLON (2004), discutiram esse estudo e apontaram, como contribuição importante, a possibilidade de orientação das pacientes quanto à perda de sensibilidade, ainda no pré-operatório, como recurso de proteção e qualidade de vida das pacientes ⁶⁷. Essa perda de sensibilidade seria recuperada entre um e dois anos após a operação.

3.3 INSATISFAÇÃO PSICOLÓGICA

PERTSCHUK et al. (1998) realizaram uma investigação da insatisfação da imagem corporal no pré-operatório, em 30 pacientes do gênero masculino submetidos a cirurgia plástica, comparando-os com 30 pacientes do gênero feminino que se submeteram a procedimentos similares ¹¹. Foram aplicados dois questionários: *MBSRQ* e *BDD*. Os autores concluíram que a imagem corporal dos homens foi semelhante à das mulheres que procuraram a cirurgia plástica, porém, apenas as mulheres apresentaram mais preocupação com a aparência física. Não houve diferença no grau de insatisfação quanto à parte específica do corpo que consideraram para a cirurgia. Em um dos pacientes foi diagnosticado o transtorno dismórfico corporal; os homens procuraram mais a rinoplastia e, as mulheres, a ritidoplastia. Os pacientes consideraram a cirurgia plástica como uma intervenção para a melhora da saúde, mais do que uma alteração cosmética. Segundo os autores, o conceito de imagem corporal era uma perspectiva alternativa para compreender a psicologia dos pacientes em cirurgia plástica.

SARWER et al. (1998c) investigaram 100 mulheres entre 17 e 60 anos, submetidas à cirurgia plástica, no pré e no pós-operatório, por meio de duas medidas de avaliação: *MBSRQ* e *BDD* ⁶⁸. Essas pacientes foram comparadas à população geral,

com o intuito de conhecer a natureza da insatisfação da imagem corporal e a prevalência do transtorno dismórfico corporal. Concluiu-se que o tipo de cirurgia mais procurada foi a ritidoplastia e que as pacientes de cirurgia plástica não se revelaram mais insatisfeitas, críticas ou preocupadas com a aparência de uma forma global que a população geral, mas apresentaram grande insatisfação com a parte específica do corpo considerada para a cirurgia. Sete pacientes foram diagnosticadas com o transtorno dismórfico corporal. Os autores referiram que pacientes submetidas à abdominoplastia, não apresentaram no pré-operatório tanta insatisfação com a parte do corpo específica a ser alterada, quando comparadas com pacientes que se submeteram a outras intervenções, as quais envolveram maiores alterações na aparência.

BORAH, RANKIN, WEY (1999) estudaram, em estudo retrospectivo, complicações psicológicas em 281 serviços de cirurgia plástica, relatadas por cirurgiões plásticos²⁶. Usaram informações de dados demográficos das pacientes e dois questionários: *Negative Outcomes-Postoperative Complications Rating Scale* e *Presurgical Psychosocial Screening Scale*. Concluíram que, no geral, complicações psicológicas foram mais prevalentes do que problemas físicos como hematoma ou infecção. Desapontamento, ansiedade e depressão pareciam ter sido os problemas mais freqüentes. Pacientes com sintomas psicológicos, no pré-operatório, apresentaram maior risco para complicações no pós-operatório. Um grau de angústia elevado, ou, ansiedade pré-operatória foi associado com uma recuperação mais lenta no pós-operatório. Complicações psicológicas foram associadas, também, com outras complicações emocionais. Foi identificada uma correlação significativa entre complicações físicas e queixas psicológicas. O uso de tratamento farmacológico e a psicoterapia pré-operatória poderiam ser eficazes na redução dessas complicações.

MOWLAVI et al. (2000) definiram as características das maiores alterações psiquiátricas que poderiam estar presentes em pacientes de cirurgia plástica, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV)*, para que os

cirurgiões plásticos pudessem ficar informados em sua prática diária e, assim, prevenir complicações decorrentes da insatisfação de pacientes portadores de algum desses transtornos ⁶⁹.

KISELY et al. (2002) compararam, em um grupo composto de 84 pacientes, as características dos que foram submetidos à cirurgia plástica por razões estéticas, com as de um grupo que se submeteu a procedimentos considerados reparadores ⁷⁰. Investigaram a correlação entre dismorfismo e comorbidades psiquiátricas. Os questionários aplicados foram *GHQ* e *Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ)*. Os autores encontraram uma correlação significativa entre dismorfismo e sintomas psiquiátricos. Essa associação foi estatisticamente significativa nos pacientes de cirurgia plástica estética em comparação com os da cirurgia reconstrutora.

ALAGÖZ et al. (2003) avaliaram a auto-estima, a imagem corporal e as atitudes alimentares em pacientes submetidos a cirurgia plástica para compreender suas demandas ³⁶. Foram aplicados os testes de *RSE* e *Body Cathexis Scale*. A alta incidência de transtornos alimentares em pacientes de cirurgia plástica foi um alerta ao cirurgião para que a colaboração com o psiquiatra fosse considerada.

3.4 A PSICOLOGIA NA CIRURGIA PLÁSTICA

EDGERTON Jr, KNORR (1971) classificaram as motivações dos pacientes que procuraram a cirurgia plástica, como resultado de pressões internas e externas e como um instrumento de avaliação na seleção de candidatos ⁷¹. Esses autores referiram o paradoxo das correções de **mínima** deformidade, como sendo de grande deformidade subjetiva, e sugeriram a psiquiatria como uma especialidade que deveria ter conhecimento dos efeitos da cirurgia plástica nos pacientes. Constataram que o crescimento e o desenvolvimento da cirurgia plástica provaram a evidência de que o seu uso apropriado para problemas emocionais foi realmente gratificante para o

paciente, o médico e a sociedade. Afirmaram que, em 15 anos de seguimento, pacientes definidos como neuróticos e ocasionalmente psicóticos, apresentaram melhora após a cirurgia plástica. Mesmo assim, consideraram dois grupos de risco: os adolescentes, tendo como parâmetro os conflitos internos, e as mulheres que desejavam ser submetidas à ritidoplastia na faixa etária de 50 anos, como sofrendo de depressão. A incidência de psicose foi considerada alta nesse grupo de mulheres, principalmente as submetidas à rinoplastia. Os autores afirmaram que, apesar do pós-operatório imediato trazer satisfação, essas pacientes evoluirão para insatisfação que dará lugar a depressão, em algumas semanas ou meses. Os pacientes que procuram uma transformação mágica foram classificados como **insaciáveis**, com problemas de identidade. Características de personalidade foram citadas para o estudo de pacientes de cirurgia plástica, não havendo referência a nenhuma metodologia específica para a conclusão dos dados nesse estudo.

WRIGHT, WRIGHT (1975) pesquisaram as alterações de personalidade em 90 pacientes do gênero feminino, submetidas à rinoplastia, levando em consideração que esse procedimento acarretava em grande melhora sob o ponto de vista estético e uma alta porcentagem de satisfação no pós-operatório ⁵¹. Do total da amostra, 25 foram reavaliadas entre 12 e 18 meses de pós-operatório para avaliação das mudanças ocorridas. O grupo controle foi composto por 25 pacientes que se submeteram a variados procedimentos cirúrgicos não cosméticos. Para esse estudo foi utilizado o questionário *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* e entrevistas psicológicas, tendo como intuito a motivação e a expectativa em relação ao procedimento no pré e no pós-operatório. Concluiu-se que, após 18 meses de pós-operatório, não houve mudança na personalidade, porém melhora no autoconceito. Foram encontrados padrões de distúrbio de personalidade, indicativos de risco psicológico, nas pacientes submetidas à rinoplastia, mas que melhoraram após a operação. Os autores concluíram que as pacientes que buscaram a cirurgia plástica, eram relativamente saudáveis e que, portanto, alguns sintomas psicológicos não significariam,

necessariamente, pior prognóstico para a mesma. Os autores sugeriram que, distúrbios de personalidade poderiam ser detectados e contornados num pré-operatório focado na motivação e expectativas dos pacientes.

THOMSON Jr, KNORR, EDGERTON (1978) fizeram uma revisão da literatura da avaliação psiquiátrica dos candidatos à cirurgia plástica, considerando os candidatos à rinoplastia como protótipo⁹. Apontaram a importância do conhecimento das motivações dos pacientes e dos benefícios psicológicos da cirurgia estética. Os autores mencionaram tipos característicos de pacientes em cirurgia plástica, enfatizando conflitos sexuais. Relataram, também, o aparecimento de ansiedade reativa e depressão transitória no período de pós-operatório imediato, como resposta adaptativa. Acrescentaram, ainda, que reações emocionais no pós-operatório eram, geralmente, amenas e transitórias. Concluíram que a grande maioria dos pacientes que se submeteu à cirurgia plástica reportou, independentemente do diagnóstico psiquiátrico, satisfação, melhora na auto-estima e nos sintomas depressivos. Afirmaram, também, que a melhora nas relações interpessoais, sem mudança significativa na personalidade básica, foi uma observação consistente nesses casos. Segundo os autores, graves distúrbios psicológicos não seriam uma contra-indicação direta para a operação.

BURK, ZELEN, TERINO (1985) avaliaram, prospectivamente, 40 pacientes do gênero feminino submetidos à rinoplastia, ritidoplastia e mastoplastia por meio de dois instrumentos: *Semantic Differential Test* e *Tennessee Self-Concept Scale*⁷². As pacientes foram avaliadas no pré e no pós-operatório de dois e quatro meses. Baseando-se na *self-consistency theory*, avaliaram se o paciente da operação plástica apresentava alterações da auto-estima e se a cirurgia favorecia uma maior consistência da auto-estima. A melhora da auto-estima era entendida pelos autores como mediadora do comportamento. Os resultados mostraram melhora na auto-estima quanto à parte específica do corpo operado, ao longo do tempo. A motivação que levava um paciente

a submeter-se à cirurgia plástica não seria decorrente de alteração patológica. O que confundia essa avaliação era o enfoque médico de doença que não incluía o contexto social com seus conceitos de beleza.

WENGLE (1986) salientou a abordagem psicológica como uma maneira importante de selecionar os pacientes para a cirurgia plástica⁵³. Dessa forma, um exame psicológico poderia evitar complicações psicológicas pós-operatórias. O autor relacionou a motivação para a cirurgia plástica a um comportamento de adaptação e sinônimo de saúde mental, por se tratar da busca da auto-estima.

NAPOLEON (1993) estudou 133 pacientes que foram submetidos à cirurgia plástica, durante um período de cinco anos³⁵. Os pacientes foram categorizados dentro das descrições de desordens de personalidade encontradas no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Version III-R (DSM-III-R)* da associação psiquiátrica americana⁷³ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987). A personalidade dos pacientes, segundo o autor, afeta o resultado cirúrgico. Dos 133 pacientes, 29% não se encaixavam em qualquer dos critérios diagnósticos para a classificação de transtornos de personalidade do *DSM-III-R*. Setenta e cinco por cento de todos os pacientes relataram que a decisão de se submeterem à cirurgia plástica foi influenciada pelos padrões culturais de beleza. Concluiu-se que não foram os resultados objetivos que retrataram a satisfação do paciente e que o impacto da operação poderia não estar diretamente relacionado com mudanças físicas. Ressaltou, também, que os atrativos físicos eram fenômenos subjetivos menos relacionados à realidade objetiva do que a concepções internas sobre a própria beleza. A alteração da aparência de uma pessoa poderia afetar tudo o que se lhe relaciona, considerando ser a promessa da cirurgia plástica moderna.

COADY (1997) relatou que a cirurgia plástica, por sua natureza, tinha a subjetividade como resultado e que esse seria o produto final da relação médico/paciente⁴². Níveis de constrangimento e problemas de ordem social

refletem a necessidade de procedimentos que melhorem esses indicadores de qualidade de vida.

SARWER et al. (1998b) apresentaram alguns conceitos sobre a relação da construção da imagem corporal, auto-estima e a busca pela cirurgia plástica ⁴⁸. Os autores relataram que os resultados encontrados nas pesquisas sobre as características psicológicas de indivíduos que procuram a cirurgia plástica eram contraditórios na literatura. Investigações baseadas em entrevistas revelaram altos índices de psicopatologia nesses pacientes, embora estudos baseados em instrumentos padronizados tenham revelado um menor número de pacientes com distúrbios. Os autores consideraram prematuro concluir que a cirurgia plástica produzia benefícios psicológicos na maioria dos pacientes, considerando-se o limitado número de estudos, a falta de resultados em longo prazo e ausência de metodologia nas investigações. O transtorno dismórfico corporal, como único diagnóstico da imagem corporal, foi citado pelos autores.

SARWER et al. (1998a) afirmaram que a imagem corporal, com ênfase em pensamentos e comportamentos acerca do próprio corpo, era fundamental para entender a psicologia da cirurgia plástica ²⁴. Foram identificados quatro elementos no conceito de imagem corporal em sua relação com a cirurgia plástica: a realidade física da aparência, a percepção da aparência, a relativa importância da aparência e o grau de importância com a aparência.

FITZPATRICK et al. (1999), em estudo sobre instrumentos de avaliação de qualidade de vida em cirurgia plástica, relataram as causas que propiciaram o desenvolvimento dos testes após a década de 60, as tradições que contribuíram com o desenvolvimento das medidas baseadas nos resultados dos pacientes e os tipos de instrumentos genéricos e específicos utilizados ⁷⁴. Concluiu-se que não existia um instrumento ideal e que, em cada estudo, dever-se-ia levar em consideração

critérios como conveniência, validade, confiabilidade, precisão, interpretação, aceitabilidade e viabilidade na escolha do instrumento mais adequado.

FIGUEROA (2003) encontrou resultados que indicaram acentuada relação entre níveis de auto-estima e cirurgia plástica ². O desenvolvimento de uma percepção positiva acerca de si próprio fez a diferença entre o que era real e ideal; por isso, a importância da auto-estima para a saúde mental. A auto-estima foi definida, também, como um fator para o desenvolvimento da depressão. O *RSE* foi o instrumento de medida mais usado para quantificá-la sob uma perspectiva global.

DUBOIS, FLAY (2004) trouxeram considerações indicando que, tanto o nível quanto a busca da auto-estima, poderiam ser influentes na forma da saúde e no bem-estar social ³. Esse estudo ressaltou as implicações adaptativas da busca da auto-estima que, se adequadamente direcionada, poderia tornar-se um instrumento na promoção de resultados em longo prazo para o indivíduo e a sociedade. Pela sua capacidade adaptativa foi indicador e critério usado para definir uma saúde mental positiva.

SARWER, CRERAND (2004) relataram a importância da aparência estudada por psicólogos sociais e biólogos ²³. Acreditavam que, pela crescente popularidade da cirurgia plástica, eram necessários estudos das características dos pacientes e seus resultados psicológicos, com metodologia apropriada e grupo controle. Numa revisão da literatura encontraram problemas metodológicos que limitavam a validação dos achados, tornando-os controversos. Ressaltaram, também, a escassez de estudos dessa natureza, em pacientes que procuravam procedimentos de contorno corporal, citando apenas um artigo de BOLTON et al. (2003) em abdominoplastia ⁴³. Os autores assinalaram a diferença entre distúrbio e insatisfação quanto à aparência, levantando questões relevantes para futuros estudos. Formulou-se a hipótese de que os transtornos alimentares estariam presentes numa parcela significativa de pacientes que procuraram procedimentos de

contorno corporal, uma vez que ocorriam com frequência nos procedimentos de lipoaspiração e abdominoplastia. Constatando o impacto psicológico benéfico após o tratamento, sugeriram que mais estudos deveriam ser realizados sobre o efeito psicológico da cirurgia plástica ao longo do tempo. Além de que, o risco cirúrgico precisaria trazer um benefício da melhora da imagem corporal e de outras áreas do funcionamento psicossocial.

MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DESENHO DO ESTUDO

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, segundo o protocolo nº 1153/05 (ANEXO), sendo que todas as pacientes selecionadas receberam a Carta de Informação (ANEXO) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO).

O tipo de estudo foi caracterizado como longitudinal, prospectivo, analítico e observacional.

4.2 CASUÍSTICA

Foram selecionadas, por ordem de chegada, 40 pacientes do gênero feminino que desejassem ser submetidas à abdominoplastia, procedentes do Ambulatório de Cirurgia Plástica Abdominal do Hospital São Paulo - UNIFESP, entre Novembro de 2004 e Agosto de 2006.

Todas as pacientes foram submetidas aos seguintes critérios:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes entre 25 e 60 anos de idade.
- Pacientes que apresentavam deformidades do plano músculo-aponeurótico e de pele, classificadas, respectivamente, como Tipo A e Tipo III de NAHAS (2001a; 2001b)⁴⁴⁻⁴⁵ (FIGURA 1).
- Pacientes que apresentavam IMC entre 19 e 30kg/m².

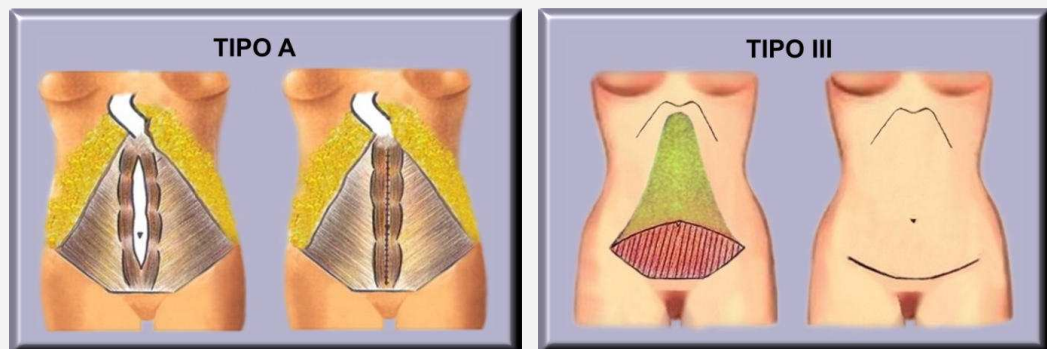


FIGURA 1. Deformidades da parede abdominal, segundo classificação de NAHAS⁴⁴⁻⁴⁵.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Condições Médicas Gerais
▪ Tabagismo;
▪ Gravidez;
▪ Puerpério precoce (menor de um ano);
▪ Amamentação;
▪ Cirurgia abdominal prévia (exceto cesariana);
▪ Outros procedimentos associados ou combinados (lipoaspiração ou outros);
▪ Hérnias da parede abdominal;
▪ Doenças, de caráter agudo ou crônico, não controladas;
▪ História de obesidade mórbida.
Relacionado ao Estudo de Qualidade de Vida em Abdominoplastia
▪ Analfabetas;
▪ Uso de Medicação Psiquiátrica;
▪ Transtornos psiquiátricos relacionados com a aparência (Transtorno Dismórfico Corporal classificado como Transtorno Somatoforme, Bulimia e Anorexia Nervosas, classificadas como Transtornos Alimentares);
▪ Desistência do estudo antes do término;
▪ Não cumprimento dos retornos regulares para a re-avaliação;
▪ Dados incompletos em mais de uma dimensão do questionário <i>SF-36</i> , ou em alguma questão do <i>BSQ</i> e da escala de Auto-Estima.

A amostra foi distribuída em dois grupos:

VALORES MÉDIOS DA FAIXA ETÁRIA E IMC EM AMBOS OS GRUPOS		
	GRUPO ESTUDO (n = 25)	GRUPO CONTROLE (n = 15)
Faixa Etária	34 anos	36 anos
IMC	23 Kg/m ²	23 Kg/m ²

Estipulou-se para o Grupo Controle, um período de seis meses, sem procedimento cirúrgico.

Foi criado um protocolo para coleta de dados demográficos registrando informações específicas que incluíram idade, IMC, número de gestações, escolaridade, tempo de decisão para a realização da cirurgia e grau de expectativas em relação à intervenção. As TABELAS 1 e 2 (APÊNDICE) apresentam estes dados.

4.3 PROCEDIMENTOS

4.3.1 Avaliação Pré-Operatória

4.3.1.1 Avaliação Psicossocial

❖ Para a Seleção

Os transtornos psíquicos relativos à aparência foram investigados por intermédio de entrevista clínica estruturada, segundo o Manual de Diagnóstico Diferencial do *DSM-IV-TRTM* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Forth Edition - Text Revision*), que cobrem sintomas diferentes associados e que se situam no limite entre as condições médicas gerais e os transtornos mentais:

- Algoritmo para Queixas Físicas ou Ansiedade Irracional Acerca da Aparência (ANEXO)⁷⁵ (FIRST, FRANCES, PINCUS, 2004);
- Algoritmo para Alterações no Apetite ou Comportamento Alimentar Incomum (ANEXO)⁷⁵ (FIRST, FRANCES, PINCUS, 2004).

❖ Para a Coleta

Em ambos os grupos, foram auto-aplicados três questionários de avaliação de qualidade de vida em ambiente tranquilo, com boa iluminação, temperatura adequada e sempre na presença do mesmo pesquisador.

Os instrumentos empregados foram:

- Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida em saúde *SF-36* (ANEXO) ⇒ Este questionário é composto por 11 questões, divididas em 36 itens que abordam oito escalas ou dimensões: Capacidade Funcional (dez itens); Aspecto Físico (quatro itens); Dor (dois itens); Estado Geral de Saúde (cinco itens); Vitalidade (quatro itens); Aspecto Social (dois itens); Aspecto Emocional (três itens); Saúde Mental (cinco itens); e mais uma questão de avaliação comparativa entre o estado de saúde atual e de um ano atrás. Para avaliação dos resultados do *SF-36* é dado um escore para cada questão, cujos valores são posteriormente transformados em uma escala de zero a 100, em que zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor, sendo cada dimensão (domínio) analisada em separado.
- Escala de Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM (ANEXO) ⇒ Esta escala é composta por dez afirmativas com quatro opções de respostas. Cada alternativa possui um valor que varia de zero a três. Deste modo, apresenta um escore final de zero a 30, em que zero é o melhor valor para auto-estima e 30, o pior.

- *Body Shape Questionnaire (BSQ)* (ANEXO) ⇔ É um instrumento composto por 34 itens, cujos escores considerados para quantificar as preocupações com a imagem corporal são:

- Nenhuma preocupação (quando a somatória dos pontos é menor ou igual a 110);
- Leve (quando a somatória dos pontos é maior que 110 e menor ou igual a 138);
- Moderada (quando a somatória é maior que 138 e menor ou igual a 167);
- Grave (quando a somatória dos pontos é maior que 167).

A análise fatorial da estrutura da escala resulta em uma solução de quatro fatores ou dimensões das 34 questões, divididas em:

- Autopercepção da forma corporal (questões 4, 2, 21, 17, 24, 28, 22, 23, 30, 14, 3, 6, 34, 16, 9, 5, 11, 10, 1, 33, 15 e 19);
- Percepção Comparativa da imagem corporal (questões 31, 20, 29, 12 e 25);
- Atitude em relação à alteração da imagem corporal (questões 32, 26, 7, 18, e 13);
- Alterações Intensas da percepção corporal (questões 8, 27).

As pacientes do Grupo Estudo foram submetidas à abdominoplastia com técnica padronizada e por, pelo menos, um cirurgião da mesma equipe cirúrgica, no Hospital São Paulo. Todos os procedimentos foram realizadas sob anestesia geral, através de uma incisão suprapúbica, estendendo-se lateralmente até as cristas ilíacas anteriores. O retalho dermogorduroso do abdome foi dissecado da musculatura subjacente (músculo reto do abdome) com isolamento do umbigo. A diástase dos músculos retos do abdome foi corrigida e a síntese cirúrgica foi realizada por planos após ressecção do excesso dermogorduroso e da exteriorização do umbigo.

4.3.2 Avaliação Pós-Operatória

Após um mês da intervenção, as pacientes do Grupo Estudo responderam novamente aos três questionários de avaliação da qualidade de vida (*SF-36*, Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM e *BSQ*).

Após seis meses todas as pacientes, de ambos os grupos, responderam aos três questionários de avaliação da qualidade de vida (*SF-36*, Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM e *BSQ*).

As pacientes foram acompanhadas ao longo do tempo e foram feitas duas avaliações: uma relativa ao impacto psicológico da intervenção na imagem corporal, na auto-estima e na qualidade de vida, avaliada após um mês no Grupo Estudo; e outra relativa aos benefícios psicológicos após a abdominoplastia, aos seis meses em ambos os grupos.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística dos resultados foram utilizados testes não-paramétricos, levando-se em consideração a natureza das variáveis estudadas.

Foram aplicados os seguintes testes, de acordo com o tipo de análise:

- Teste de Fisher para a comparação dos dados amostrais dos dois grupos, segundo as variáveis categóricas: estado civil, escolaridade, número de gestações, tempo de decisão para a cirurgia e expectativa em relação à intervenção cirúrgica;

- Teste de Mann-Whitney-Wilcoxon para a comparação dos grupos em relação às variáveis contínuas idade e IMC, e para a análise das diferenças entre grupos;
- Teste de sinais de Wilcoxon para duas amostras dependentes, com a finalidade de comparar as diferenças intragrupos. Em ambos os grupos a análise foi feita para cada domínio do *SF-36*, para a auto-estima da Escala de Auto-Estima e para valores totais e domínios do *BSQ*;
- Teste de Spearman para avaliar as medidas de associação a partir das hipóteses levantadas.

Assumiui-se um nível de significância α de cinco por cento, assinalando-se com um asterisco (*) os valores significantes.

Os *softwares* empregados foram o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* e o Microsoft Office Excel.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Das 40 pacientes selecionadas inicialmente, a paciente número quatro (APÊNDICE) foi excluída por deixar incompleto o questionário *BSQ*, após seis meses da abdominoplastia. A amostra final deste estudo foi composta de 39 pacientes.

As 24 pacientes do Grupo Estudo foram operadas antes de seis meses, desde a sua inclusão na lista de espera.

As 15 pacientes que caracterizaram o Grupo Controle não foram submetidas à intervenção até os seis meses, desde a sua inclusão na lista de espera e foram agendadas para cirurgia após a avaliação aos seis meses.

Os dados demográficos das pacientes e os valores individuais obtidos nos três questionários (*SF-36*, Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM e *BSQ*) encontram-se no APÊNDICE.

5.1 ABDOMINOPLASTIA E IMAGEM CORPORAL (*BSQ*)

O *BSQ* e a Escala de Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM apresentam escores inversos, ou seja, quanto menores os valores, melhor é a imagem corporal (FIGURAS 2 a 6) e a auto-estima (FIGURA 7).

Analisando-se os valores totais do *BSQ*, pela localização da mediana na FIGURA 2, notou-se que no Grupo Estudo, entre o pré e o pós-operatório de um mês, houve uma diminuição nos escores após a abdominoplastia.

Após seis meses da intervenção, os benefícios psicológicos no Grupo Estudo puderam ser avaliados nos resultados que, pela localização da mediana no gráfico da FIGURA 2, mostraram-se semelhantes aos de um mês.

Por outro lado, no Grupo Controle a distribuição dos dados apresentou valores entre 65 e 139 no pré-operatório e 58 e 192 após seis meses sem intervenção. Pode-se observar na FIGURA 2, pela localização da mediana que, a variação da medida para valores totais do *BSQ* não apresentou alterações ao longo do tempo. A paciente de número oito (APÊNDICE) apresentou resultado atípico extremo.

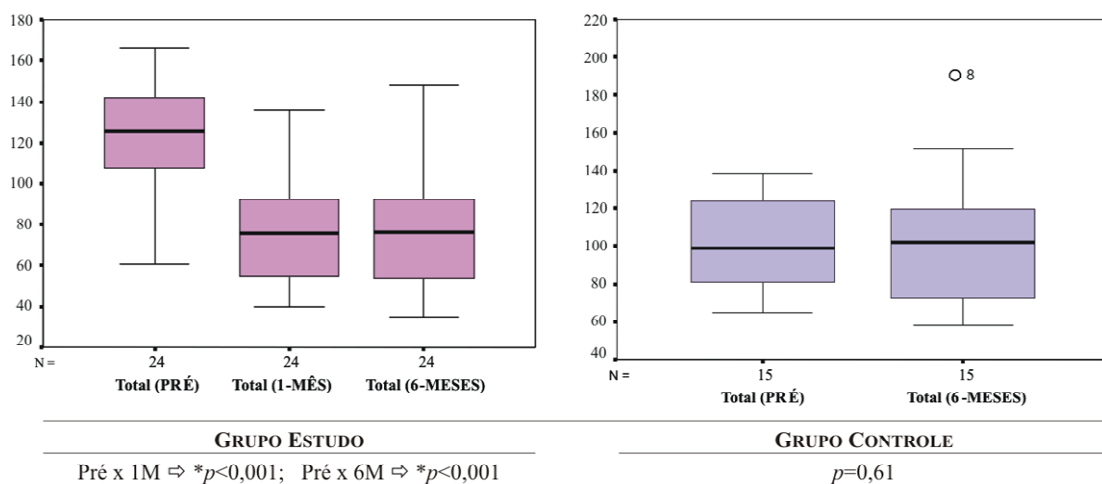


FIGURA 2. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle, para valores totais (*BSQ*).

A TABELA 3 ilustra a avaliação da imagem corporal na amostra estudada em abdominoplastia. No Grupo Estudo, a categoria NENHUMA preocupação com a forma corporal e insatisfação com o próprio corpo, mudou de oito (33%) para 21 (88%) pacientes. A categoria LEVE mudou de nove (38%) para dois (8%), enquanto a categoria MODERADA mudou de sete (29%) para um (4%). Já o Grupo Controle manteve-se aproximadamente inalterado, apresentando apenas uma leve piora: uma paciente mudou de NENHUMA para LEVE, outra de LEVE para MODERADA e outra de LEVE para GRAVE (APÊNDICE).

TABELA 3. Distribuição segundo as faixas de pontuação do *BSQ* em categorias, em relação à preocupação com a forma corporal e insatisfação com o corpo.

BSQ	GRUPO ESTUDO		GRUPO CONTROLE	
	ANTES	APÓS 6M	ANTES	APÓS 6M
NENHUMA	8	21	10	10
LEVE	9	2	4	3
MODERADA	7	1	1	1
GRAVE	0	0	0	1

As TABELAS 4 e 5 apresentam uma visualização do fluxo das mudanças ocorridas e que, o movimento dos dois grupos apresentou direções opostas.

Na TABELA 4 notou-se um fluxo de melhora no *BSQ* do Grupo Estudo quando comparados os dois períodos, antes e após seis meses da intervenção. Todas as que estavam na categoria NENHUMA assim permaneceram, como esperado. Sete pacientes que estavam na LEVE tornaram-se NENHUMA, o que corresponde a 78% do subgrupo LEVE.

TABELA 4. Fluxo de mudanças por categorias, no Grupo Estudo.

GRUPO ESTUDO - <i>BSQ</i> ANTES E APÓS 6 MESES				
ANTES \ APÓS 6M	NENHUMA	LEVE	MODERADA	GRAVE
NENHUMA	8	0	0	0
LEVE	7	2	0	0
MODERADA	6	0	1	0
GRAVE	0	0	0	0

No Grupo Controle (TABELA 5) observou-se apenas a melhora de uma paciente que estava na categoria MODERADA e, após seis meses, tornou-se NENHUMA. Por outro lado, a TABELA 5 demonstrou que três pacientes pioraram na avaliação da imagem corporal: uma migrou do subgrupo NENHUMA para LEVE, outra migrou do subgrupo LEVE para MODERADA e outra do subgrupo LEVE para GRAVE.

TABELA 5. Fluxo de mudanças por categorias, no Grupo Controle.

GRUPO CONTROLE - <i>BSQ</i> ANTES E APÓS 6 MESES				
ANTES \ APÓS 6M	NENHUMA	LEVE	MODERADA	GRAVE
NENHUMA	9	1	0	0
LEVE	0	2	1	1
MODERADA	1	0	0	0
GRAVE	0	0	0	0

Analisando-se os valores do *BSQ*, categorizados por domínio, e considerando-se o Grupo Estudo (FIGURA 3), observou-se que no pré-operatório a distribuição dos dados apresentou uma variabilidade menor que no pós-operatório de um mês, no domínio autopercepção da forma corporal. Os escores acumularam-se entre 41 e 116. Contudo, a localização da mediana no momento pré-operatório sinaliza que, os escores de autopercepção da forma corporal atingiram valores mais elevados. Após um mês da

abdominoplastia os escores diminuíram e concentraram-se entre 27 e 102, ou seja, houve um aumento da percepção da forma corporal.

Aos seis meses de pós-operatório, os escores do domínio autopercepção da forma corporal no Grupo Estudo variaram entre 23 e 108. Notou-se um valor atípico, considerado, também, como extremo na paciente número 19 (APÊNDICE).

No Grupo Controle (FIGURA 3), no momento inicial da avaliação os escores variaram entre 41 e 98 e, no momento final, entre 36 e 132. A localização da mediana mostrou que a percepção da forma corporal manteve-se inalterada. Um valor atípico e extremo na medida de seis meses foi encontrado na paciente número oito (APÊNDICE).

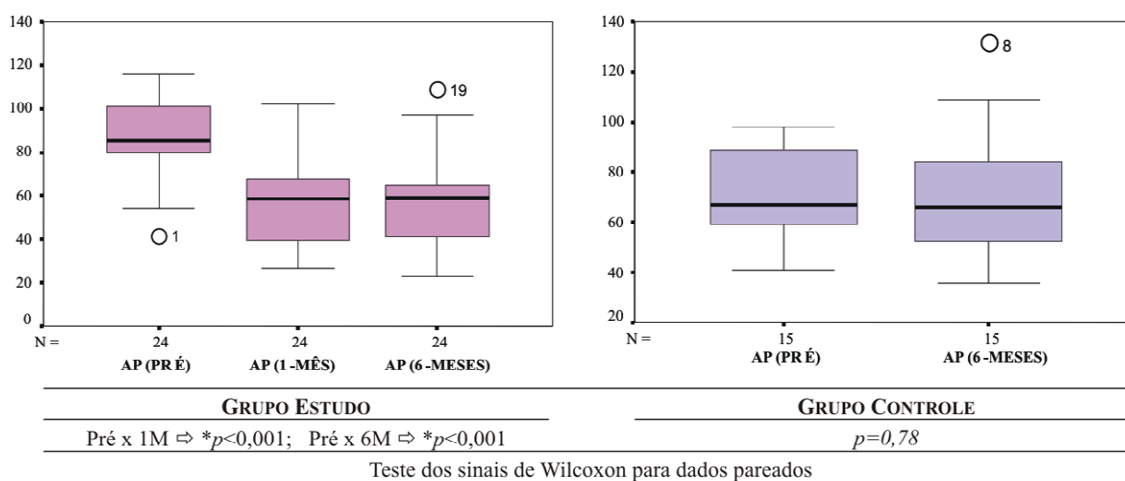


FIGURA 3. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio autopercepção da forma corporal (BSQ)

A FIGURA 4 ilustra a distribuição dos valores do BSQ com respeito ao domínio percepção comparativa da imagem corporal. Nota-se pela localização da mediana que os escores no Grupo Estudo foram maiores no pré-operatório do que no pós-operatório de um mês. Neste segundo tempo de avaliação verificou-se que a variabilidade, em relação à distribuição dos dados, foi menor e concentrou-se nos valores mínimos em relação à percepção comparativa da imagem corporal.

Após seis meses da abdominoplastia, a nota mínima coincidiu com o percentil 25, demonstrando a existência de uma grande parcela de pacientes no Grupo Estudo que, neste tempo cirúrgico, obteve valores baixos.

Já a distribuição dos dados no Grupo Controle (FIGURA 4), antes dos seis meses, apresentou-se mais homogênea. Aos seis meses, esta distribuição mostrou uma variabilidade maior, com o valor da mediana praticamente igual, indicando que não houve alteração nos escores.

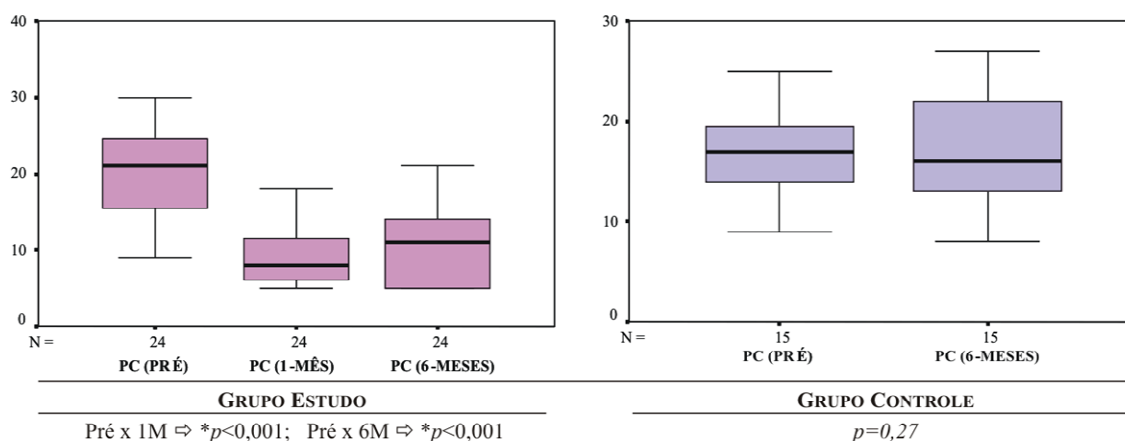


FIGURA 4. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio percepção comparativa da imagem corporal (BSQ)

No domínio atitude em relação à alteração da imagem corporal (FIGURA 5) do Grupo Estudo, houve maior variabilidade na distribuição dos dados no pré-operatório do que no pós-operatório de um mês. Após um mês da intervenção cirúrgica, os dados tornaram-se mais homogêneos e muitas das pacientes obtiveram notas mínimas. A localização da mediana mostrou a alteração neste domínio no pós-operatório de um mês. A paciente de número 14 (APÊNDICE) apresentou valor atípico, considerado extremo.

Aos seis meses, após a abdominoplastia, as pacientes do Grupo Estudo concentraram-se mais nos valores mínimos. A paciente de número 19 (APÊNDICE) apresentou valor atípico e extremo.

No Grupo Controle (FIGURA 5) os escores do domínio atitude em relação à alteração da imagem corporal apresentaram distribuição assimétrica nos dois momentos. Após seis meses não houve alteração quanto à distribuição dos dados e quanto ao valor da mediana, cuja localização manteve-se inalterada. A paciente de número oito conservou um valor atípico e extremo (APÊNDICE).

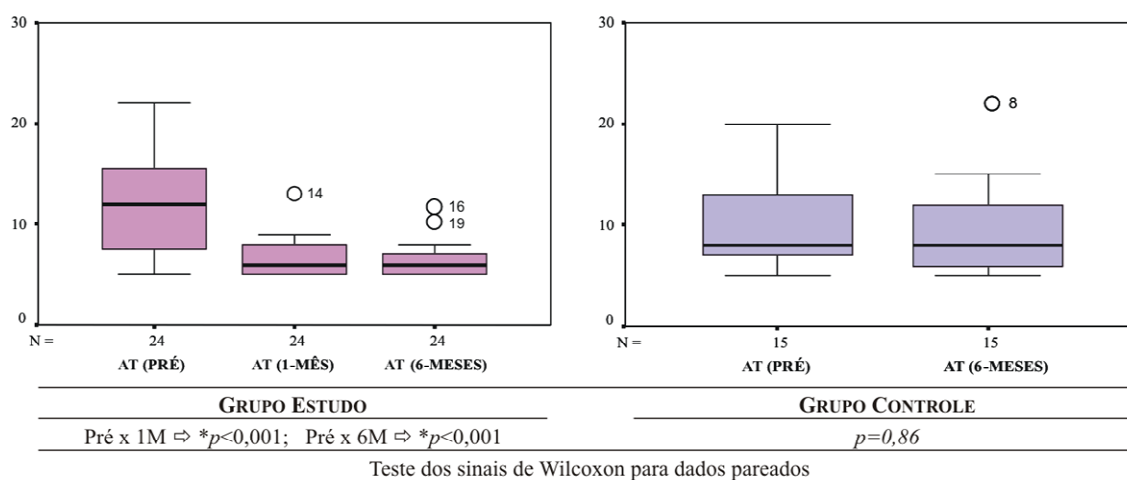


FIGURA 5. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio atitude em relação à alteração da imagem corporal (BSQ)

No domínio alterações intensas da percepção corporal (FIGURA 6), do Grupo Estudo, a distribuição dos dados mostrou-se simétrica no período pré-operatório. No pós-operatório de um mês esta distribuição apresentou características mais homogêneas e a localização da mediana mostrou que houve diminuição dos valores neste domínio. Uma grande parcela de pacientes apresentou valores mínimos, em relação à alteração da percepção corporal, sendo que a nota mínima coincidiu com o percentil 25. As pacientes de números 14, 19 (APÊNDICE) mostraram-se atípicas em seus resultados.

Após os seis meses da abdominoplastia, a distribuição dos dados no Grupo Estudo tornou-se simétrica e uma grande parcela das pacientes obteve valores mínimos na alteração da percepção corporal. A paciente de número 19 apresentou-se, novamente, como atípica extrema.

Já no Grupo Controle (FIGURA 6) a distribuição dos dados apresentou características de menor amplitude no pré-operatório. A paciente de número oito revelou um valor atípico e extremo. Após seis meses, não houve grande variação nos escores em relação ao momento inicial e, a localização da mediana manteve-se inalterada. O valor atípico da paciente de número oito manteve-se, contudo, na categoria moderada.

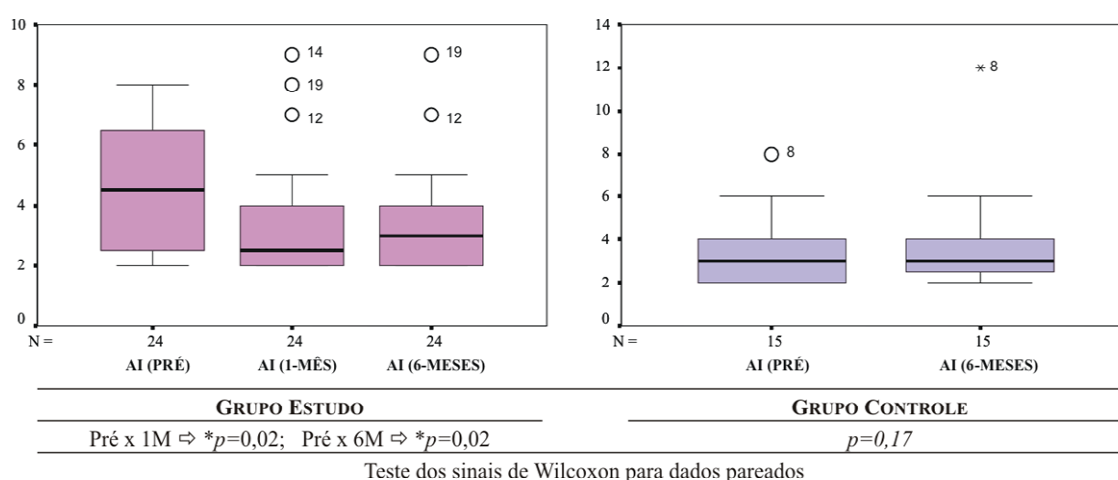


FIGURA 6. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio alterações intensas da percepção corporal (BSQ)

A abdominoplastia provocou impacto psicológico na imagem corporal no Grupo Estudo, quando comparadas as diferenças de resultados entre o pré e o pós-operatório de um mês com $p < 0,001$ para valores totais e em todos os domínios avaliados do BSQ. No domínio alterações intensas da percepção corporal o valor de p foi igual a 0,02. Estas diferenças mantiveram-se estatisticamente significantes no pós-operatório de seis meses e inalterados os valores de $p < 0,001$ e $p = 0,02$ (FIGURAS 2 a 6).

No Grupo Controle as diferenças observadas não foram estatisticamente significantes para valores totais e em todos os domínios do BSQ ($0,17 \leq p \leq 0,86$) (FIGURAS 2 a 6).

5.2 ABDOMINOPLASTIA E AUTO-ESTIMA (ESCALA DE AUTO-ESTIMA ROSENBERG/UNIFESP-EPM)

No Grupo Estudo (FIGURA 7) verificou-se, pela localização da mediana, uma diminuição nos escores da auto-estima entre o pré-operatório e o pós-operatório de um mês após a abdominoplastia. Esta observação manteve-se aos seis meses.

No Grupo Controle (FIGURA 7), do momento inicial até seis meses, verificou-se uma concentração maior quanto à distribuição dos dados, contudo apresentando valores elevados. A localização da mediana não mostrou alteração na auto-estima.

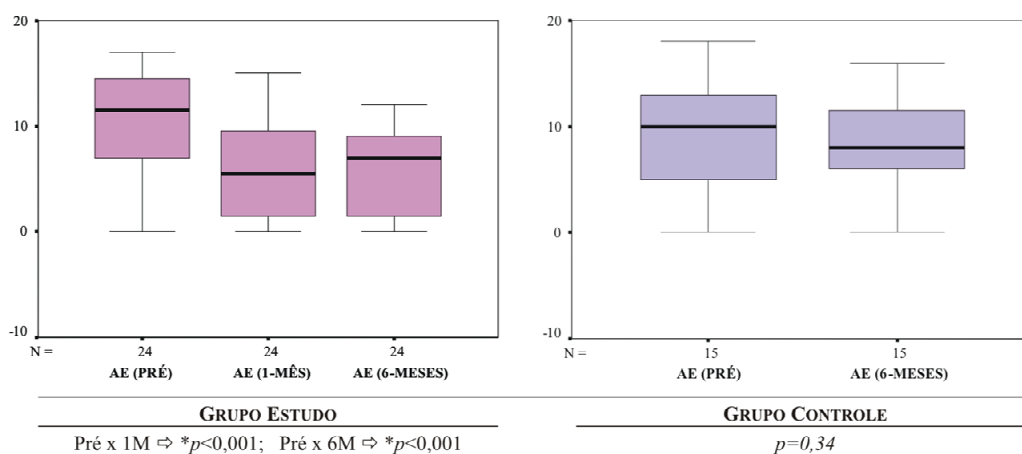


FIGURA 7. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle na auto-estima (escala de auto-estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM)

A abdominoplastia no Grupo Estudo promoveu alterações significantes na auto-estima, quando observadas as diferenças de valores entre o pré e o pós-operatório de um mês com $p < 0,001$. Este resultado manteve-se no pós-operatório de seis meses com $p < 0,001$ (FIGURA 7).

No Grupo Controle, o efeito da melhora não se verificou ($p = 0,34$) (FIGURA 7).

5.3 ABDOMINOPLASTIA E QUALIDADE DE VIDA (*SF-36*)

No *SF-36*, quanto maior é o valor obtido no resultado dos escores, melhor é a qualidade de vida.

Na dimensão saúde mental do *SF-36* no Grupo Estudo, no pós-operatório de um mês, houve menor variação na distribuição dos dados, que se concentraram num valor mais alto do que os valores do pré-operatório (FIGURA 8).

Após seis meses, no Grupo Estudo, notou-se semelhança entre os dados obtidos com os de um mês após a intervenção cirúrgica.

No Grupo Controle (FIGURA 8) a distribuição dos dados apresentou escores entre 68 e 96 e, valores atípicos na paciente de número oito (moderado). Após seis meses os dados não apresentaram alterações significativas. A atipia manteve-se com as mesmas características e na mesma paciente (APÊNDICE).

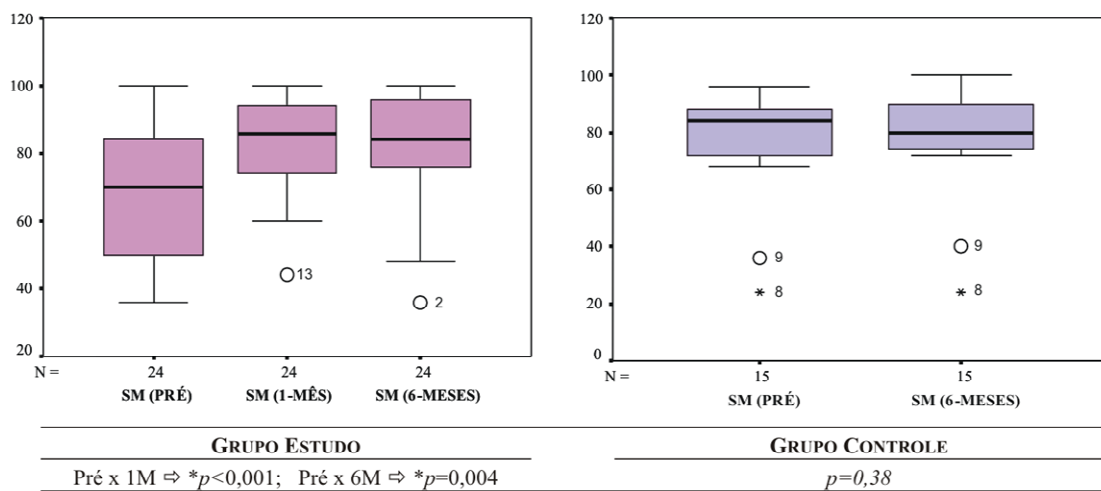


FIGURA 8. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio saúde mental (*SF-36*)

No domínio aspectos físicos do *SF-36* observou-se, no Grupo Estudo (FIGURA 9), que os resultados obtidos tanto no período pré quanto pós-operatório de seis meses concentraram-se no escore 100, que era a nota máxima. No pós-operatório de um mês ficaram entre zero e 100.

No Grupo Controle (FIGURA 9) os resultados obtidos neste domínio, no pré-operatório, praticamente concentraram-se no escore 100 com exceção das atípicas moderadas em algumas pacientes, dentre as quais a paciente de número oito (APÊNDICE). Após seis meses houve uma ligeira variação quanto à distribuição, embora a mediana tenha se mantido inalterada na nota máxima.

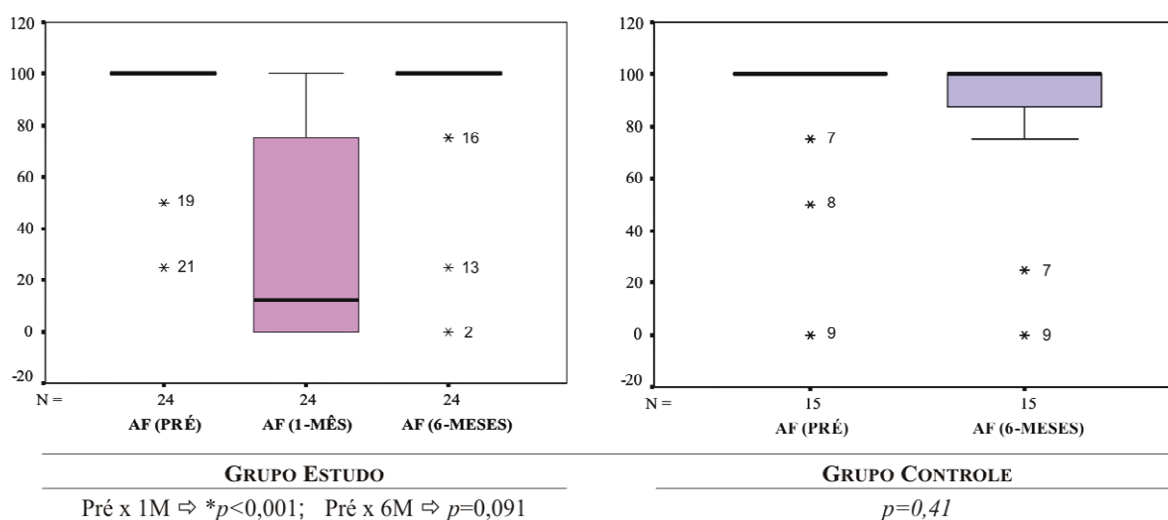


FIGURA 9. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio aspectos físicos (*SF-36*)

No domínio aspectos emocionais do *SF-36* (FIGURA 10), embora o Grupo Estudo apresentasse, no pré-operatório, escores variando entre zero e 100, a mediana concentrou-se na nota máxima (100). Após um mês, mais de metade dos dados apresentaram escores entre zero e 33,3. No pós-operatório de seis meses a maioria das pacientes obteve a nota máxima, com exceção de três pacientes, dentre as quais a de número 19, com valor atípico moderado (APÊNDICE).

Quando comparados os dois momentos, no Grupo Controle (FIGURA 10) praticamente não se verificou variação dos dados que estavam entre zero e 100. A localização da mediana manteve-se inalterada na nota máxima.

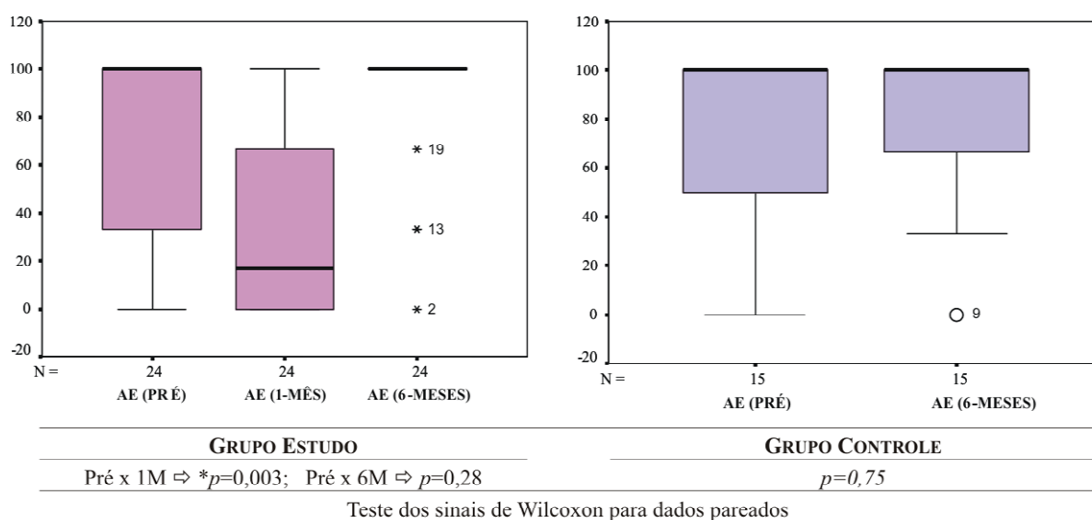


FIGURA 10. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio aspectos emocionais (*SF-36*)

No domínio vitalidade (FIGURA 11) do Grupo Estudo, verificou-se no período pós-operatório de um mês que os escores obtidos nesta dimensão variaram menos e apresentaram valores ligeiramente mais elevados do que no pré-operatório.

Após seis meses, no Grupo Estudo, a distribuição dos dados manteve escores elevados e apresentou maior variabilidade.

Analisando-se o domínio vitalidade do *SF-36* no Grupo Controle (FIGURA 11) verificou-se que, no momento inicial, os valores fixaram-se entre 35 e 90 numa distribuição de dados simétrica. Após seis meses os dados tornaram-se menos simétricos e houve uma elevação no valor da mediana.

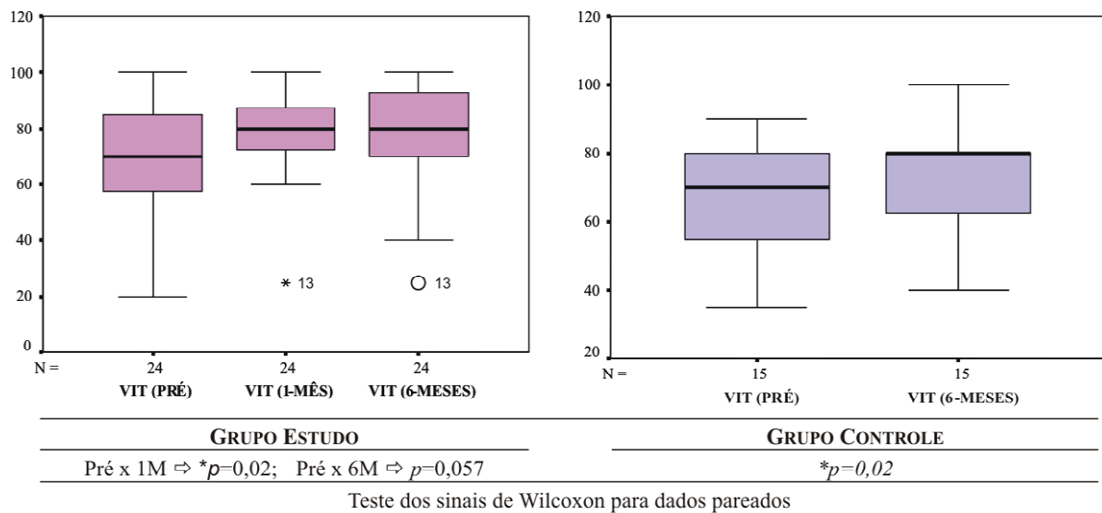


FIGURA 11. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio vitalidade (*SF-36*)

Desta forma, ao analisar os domínios do *SF-36* no Grupo Estudo observou-se que, apenas no domínio saúde mental, as diferenças foram significantes entre os momentos comparados, em todos os períodos, ou seja, quando comparados os períodos do pré e pós-operatório de um mês com $p < 0,001$ e do pré e pós-operatório de seis meses, com $p = 0,004$ (FIGURA 8).

Nos demais domínios — capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais (APÊNDICE) — as diferenças não se mostraram significantes no Grupo Estudo, em todos os momentos comparados, com exceção dos domínios aspectos físicos ($p < 0,001$), aspectos emocionais ($p = 0,003$) e vitalidade ($p = 0,02$) (FIGURAS 9, 10 e 11) que, mostraram diferença significativa, apenas quando comparados no período do pré e pós-operatório de um mês.

No Grupo Controle as diferenças observadas no *SF-36*, não foram significantes para todos os domínios e em todos os momentos comparados (FIGURAS 8 a 11) e (APÊNDICE). A única exceção foi o domínio vitalidade que apresentou diferença significativa com $p = 0,02$ (FIGURA 11).

5.4 COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO ESTUDO E O GRUPO CONTROLE

Quando comparados os Grupos Estudo e Controle após seis meses, a diferença dos valores não se mostrou estatisticamente significativa para os valores totais e em todos os domínios do *BSQ*, com exceção do domínio percepção comparativa da imagem corporal ($p=0,0009$) assinalando que o nível de constrangimento na exposição do corpo foi o mais afetado, de forma positiva, pela cirurgia. Os Grupos Estudo e Controle apresentaram diferenças significantes, quanto a sua descrição, na medida inicial (pré) para valores totais ($p=0,0094$) e nas dimensões autopercepção da forma corporal ($p=0,030$) e percepção comparativa da imagem corporal ($p=0,025$) do questionário *BSQ* (Teste de Mann-Whitney-Wilcoxon para dados não pareados).

Em todos os domínios do *SF-36* e na Escala de Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM não se verificou diferença significativa quando comparados os dois grupos (Teste de Mann-Whitney-Wilcoxon para dados não pareados).

5.5 CORRELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E AUTO-ESTIMA

A correlação entre saúde mental avaliada no *SF-36* e auto-estima, avaliada na Escala de Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM, foi significativa e verificou-se apenas no momento inicial, ou seja, no pré-operatório, tanto no Grupo Estudo quanto no Grupo Controle. O gráfico da FIGURA 12 evidencia que a dispersão dos dois grupos é semelhante e que há uma relação inversa, ou seja, quanto maior é o valor da saúde mental, menor é o valor da auto-estima. Desta forma, verificou-se a associação das variáveis no período avaliado, ou seja, houve relação entre a saúde mental e auto-estima, nos dois grupos.

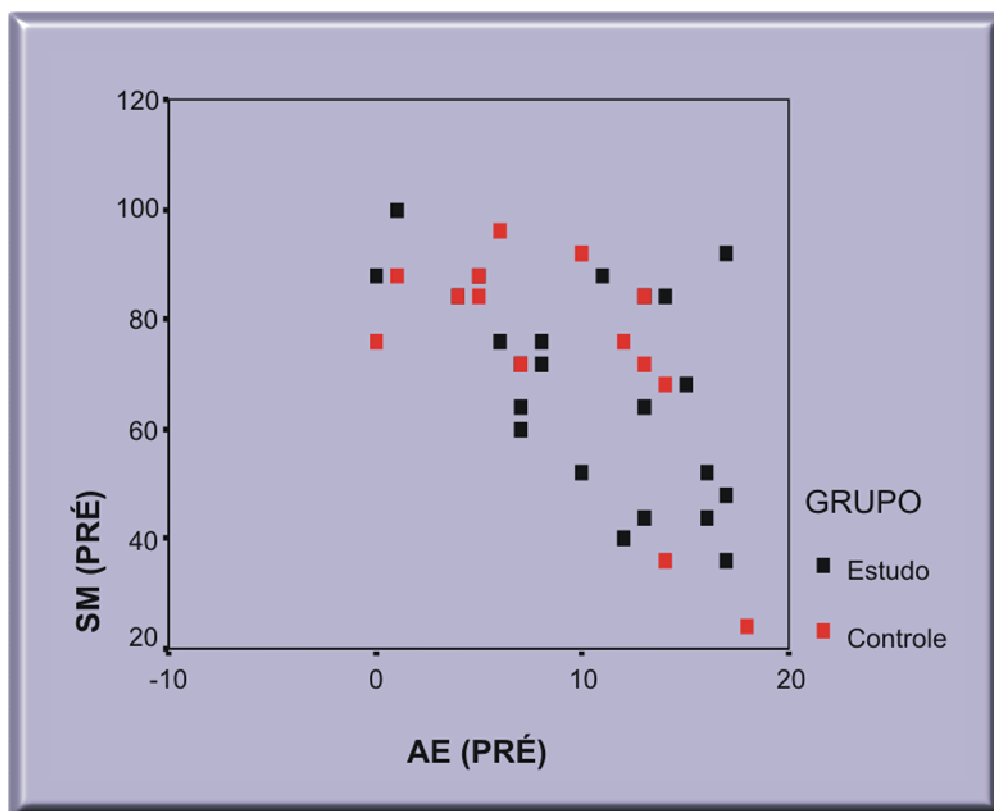


FIGURA 12. Saúde mental *versus* auto-estima: momento inicial (Teste de Spearman).

Após seis meses, a correlação entre saúde mental e auto-estima foi significativa apenas para o Grupo Estudo, mostrando a interferência da cirurgia na associação entre a saúde mental e auto-estima. A FIGURA 13 ilustra a distribuição dos dados dos dois grupos, nos quais a dispersão é mais aleatória no Grupo Controle e mais ordenada no Grupo Estudo, quando comparado ao período pré-operatório.

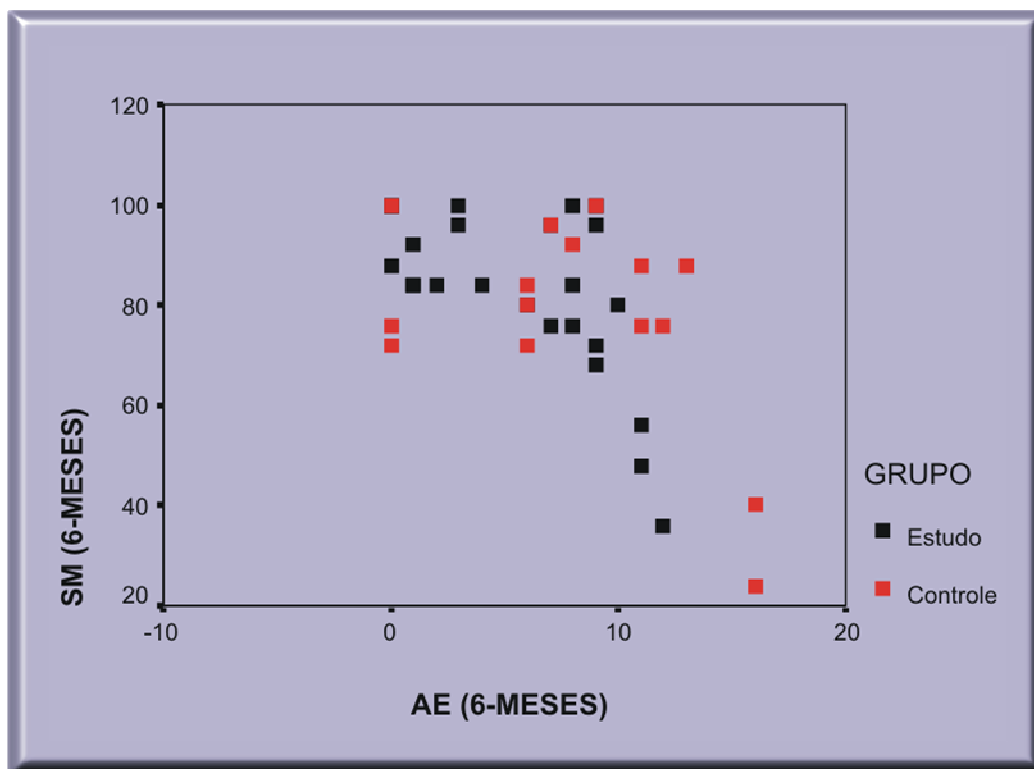


FIGURA 13. Saúde mental *versus* auto-estima: após seis meses (Teste de Spearman).

No Grupo Estudo, a correlação entre a saúde mental e auto-estima verificada no pré-operatório ($\rho = -0,47$, $p=0,02$) fortaleceu-se no pós-operatório de seis meses ($\rho = -0,58$, $p=0,003$) (Teste de Spearman).

No Grupo Controle, a correlação entre saúde mental e auto-estima verificada no pré-operatório ($\rho = -0,57$, $p=0,027$) deixou de haver após seis meses, sem intervenção ($\rho = -0,24$, $p=0,39$) (Teste de Spearman).

5.6 COMPLICAÇÕES

As intercorrências ocorreram no período de um mês após a cirurgia. Duas pacientes (14, 19) submeteram-se a nova intervenção, após a última avaliação dos seis meses.

	%	n° / n
Estenose de Umbigo	0,04	1/24
Hematoma	0,04	1/24
Seroma	0,29	7/24
Depressão Reativa	0,04	1/24

A paciente nove apresentou estado de ânimo depressivo no pós-operatório, que melhorou após um mês da cirurgia.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A aparência faz parte dos quatro elementos que definem o conceito de imagem corporal em cirurgia plástica, identificados por SARWER et al. (1998a): 1) a realidade física da aparência que funda a subjetividade, ou seja, a imagem corporal; 2) a percepção da aparência que permite a avaliação da própria qualidade de vida; 3) a relativa importância da aparência traduzida pela auto-estima; 4) o grau de insatisfação com a aparência, cuja aspecto é considerado importante em cirurgia plástica ²⁴.

A imagem corporal faz parte de um importante aspecto do desenvolvimento psicossocial, sendo um construto multidimensional que inclui percepções e atitudes particularmente relacionadas ao corpo, mas não exclusivamente à própria aparência ^{37,76-77} (CASH et al., 2004; SCHILDER, 1935; MACGREGOR, 1981). A sua construção, que engloba fatores perceptivos, aspectos do desenvolvimento e influências socioculturais, está diretamente relacionada ao movimento de busca da cirurgia plástica ⁴⁸ (SARWER et al., 1998b).

Os processos culturais são os responsáveis pela definição de padrões estéticos e da própria beleza corporal ^{17,77} (CASH, 2004; MACGREGOR, 1981). Embora haja grande diversidade, quanto aos conceitos de beleza no variado universo das culturas, há padrões universais que sugerem certas evidências de similaridades interculturais, no julgamento da beleza facial e corporal.

A cultura ensina a olhar o corpo que, raramente, é avaliado como um todo. Segmentado, dividido à luz de critérios simbólicos, as suas diferentes partes dão margem a representações variadas. Este aspecto leva à dissonância entre resultados físicos objetivos e os de natureza subjetiva uma vez que, a satisfação objetiva da aparência — o resultado da cirurgia — é avaliado por uma experiência interna de satisfação. Os grandes efeitos da cirurgia plástica são circunscritos a condições específicas das experiências da imagem corporal^{12,21,35,43,72,77-80} (RANKIN et al., 1998; CASH, FLEMING, 2002; NAPOLEON, 1993; BOLTON et al., 2003; BURK, ZELEN, TERINO, 1985; MACGREGOR, 1981; NAPOLEON, LEWIS, 1989; CHAOAUT et al., 2000; GROSSBART, SARWER, 2003).

Em cirurgia plástica os pacientes demonstram insatisfação com algum aspecto da sua aparência considerando que, em algum nível, não há referência da imagem ao esquema corporal. Esse aspecto específico é diferente de uma insatisfação generalizada que, não está associada à saúde mental^{23,69,81} (SARWER, CRERAND, 2004; MOWLAVI et al., 2000; SIMIS, VERHULST, KOOT, 2001). O que os pacientes desejam mudar é como pensam, sentem e se comportam em relação a essa característica dissonante^{4,47,64,74,82-83} (DINI, 2004; ÖZGUR, TUNCALI, GÜRSU, 1998; CHING et al., 2003; FITZPATRICK et al., 1999; PITANGUY et al., 1982; HARRIS, CARR, 2001).

As motivações variaram ao longo do tempo, de acordo com o valor de importância dado à cirurgia plástica^{47,50,64,74,80-81} (ÖZGUR, TUNCALI, GÜRSU, 1998; VON SOEST et al., 2006; CHING et al., 2003; FITZPATRICK et al., 1999; GROSSBART, SARWER, 2003; SIMIS, VERHULST, KOOT, 2001). Os padrões estéticos de beleza moldam pensamentos que, por um lado, levam a um aumento da demanda pela cirurgia plástica e, de outro, à discrepância entre o que é ideal e real.

CASH et al. (2004), refletiram, em um de seus trabalhos, que a insatisfação da imagem corporal na atualidade tem ligação com a natureza dos ideais inatingíveis³⁷. GROSSBART, SARWER (2003), afirmaram que a **epidemia da insatisfação do corpo**, provavelmente, motiva muitos comportamentos como a perda de peso e a procura pela cirurgia plástica e que, esta última, pode ser uma estratégia adaptativa numa cultura que enfatiza a importância da aparência física^{80,23,38} (SARWER, CRERAND, 2004; CASH, SANTOS, WILLIAMS, 2005).

Se, antes, motivações e resultados eram fatores independentes e se julgavam em termos de prognósticos — pois as motivações surgiam de conflitos inconscientes, tipos de personalidade ou sintomas psicopatológicos — o próprio conceito de cirurgia plástica, sempre controversa por não parecer prioritária, tinha em si o sentido estereotipado de um risco desnecessário^{9,41,61,71,84-86} (THOMSON Jr, KNORR, EDGERTON, 1978; PRUZINSKY, 1996; KLASSEN et al., 1999; EDGERTON Jr, KNORR, 1971; HILL, SILVER, 1950; DEATON, LANGMAN, 1986; COOK et al., 2006). Mais recentemente, o foco da cirurgia plástica não se encontra mais em desordens psicopatológicas, mas na correção de alguns traços morfológicos não aceitos pelo paciente, tendo como alvo abrangente a qualidade de vida^{12-13,41,49,72,87} (RANKIN et al., 1998; FERRARO, ROSSANO, D'ANDREA, 2005; PRUZINSKY, 1996; CHAHRAOUI et al., 2005; BURK, ZELEN, TERINO, 1985; DUNOFKY, 1998).

Na literatura científica, estudos sobre qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia plástica tinham como variável, inicialmente, cirurgias conjuntas, portanto, especificidades eram diluídas ou mascaradas com os outros procedimentos^{11,20,24,46-47,49-50} (PERTSCHUK et al., 1998; SARWER, WADDEN TA, WHITAKER, 2002; SARWER et al., 1998a; KLASSEN et al., 1996; ÖZGÜR, TUNCALI, GÜRSU, 1998; CHAHRAOUI et al., 2005; VON SOEST et al., 2006). Além disso, a metodologia heterogênea trouxe resultados contraditórios em termos de motivações e

características psicológicas dos pacientes ^{23,33,51-52} (SARWER, CRERAND, 2004; CANO, BROWNE, LAMPING, 2004; WRIGHT, WRIGHT, 1975; EDGERTON, LANGMAN, PRUZINSKY, 1991). Essas limitações, no que diz respeito ao rigor científico, invalidaram a predição dos achados; contudo, possibilitaram a atenção de detalhes que precisavam continuar a ser investigados. Esses estudos foram a base para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos de medidas de avaliação padronizadas e de técnicas operatórias mais adequadas ao tipo de intervenção, à sistematização das doenças mentais no *DSM-III* e, ao conhecimento do perfil de algumas características psicológicas desta população ^{35,44-45} (NAPOLEON, 1993; NAHAS, 2001a; 2001b).

O aumento da demanda da cirurgia plástica trouxe a necessidade de evidências, em relação aos resultados objetivos de sua eficiência, quanto a reais benefícios psicológicos ¹⁵ (CASTLE, HONIGMAN, PHILLIPS, 2002). Não é apenas com a satisfação do paciente que esse resultado será atingido, considerado hoje como efêmero, mas com mudanças psicológicas que mostrarão o quão duradouros são os benefícios psicológicos alcançados pela cirurgia plástica ^{32,88-90} (FEISS, 2003; HONIGMAN, PHILLIPS, CASTLE, 2004; KNESER et al., 2004; COOK, ROSSER, SALMON, 2006).

A capacidade psicológica de adaptação da auto-estima é fundamental em cirurgia plástica tanto para aceitação e adaptação às mudanças na aparência física, como para a integração da modificação da própria imagem, podendo funcionar como instrumento de satisfação em longo prazo ^{15,32} (CASTLE, HONIGMAN, PHILLIPS, 2002; FEISS, 2003). DUBOIS, FLAY (2004) afirmaram que as implicações adaptativas da busca da auto-estima poderiam ser um instrumento na promoção de resultados em longo prazo para o indivíduo ³. ROSENBERG (1977) e FIGUEROA (2003) constataram que o desenvolvimento de uma percepção positiva acerca de si próprio fará a diferença entre o que é real e ideal, por isso, a importância da auto-

estima para a saúde mental ^{57,2}. ROSENBERG (1977), MAYBERRY (1990) e FEISS (2003) identificaram a auto-estima como componente afetivo das idéias, sendo a medida mais efetiva de capturar os sentimentos ^{57,54,32}. BEDNAR, PETERSON (1995) definiram a auto-estima como uma condição psíquica que permitiria, de forma realista e duradoura, o senso de auto-apreciação ⁹¹. MOHL (1984) afirmou que as variáveis de funcionamento psicológico, imagem corporal e a auto-estima, eram importantes na avaliação da cirurgia plástica ⁹². CHING et al. (2003) identificaram a auto-estima e a imagem corporal como as variáveis psicológicas mais apropriadas para a avaliação da qualidade de vida, por serem os componentes mais importantes de medida de satisfação ⁶⁴. GROSSBART, SARWER (2003) consideraram a imagem corporal, auto-estima e qualidade de vida, medidas de avaliação dos benefícios em cirurgia plástica ⁸⁰. BOLTON et al. (2003) e VON SOEST et al. (2006) manifestaram dúvidas quanto à possibilidade da auto-estima estar envolvida na relação entre imagem corporal e cirurgia plástica ^{43,50}.

A abdominoplastia é um dos procedimentos mais freqüentes em cirurgia plástica, possibilitando o tratamento das alterações da pele, gordura e músculos abdominais. NAHAS (2001a; 2001b), avaliou criteriosamente a técnica específica que melhor se aplicava a cada paciente com deformidades na parede abdominal e estabeleceu uma classificação, segundo tipos de deformidades de pele e do plano músculo-aponeurótico ⁴⁴⁻⁴⁵. Constatou que em 65 mulheres (73,9%), numa amostra de 88, havia deformidade do plano músculo-aponeurótico classificada como tipo A (indicada a plicatura da lâmina anterior da bainha do reto, para a correção da diástase), provocada pela gestação ⁴⁴ (NAHAS, 2001a). Estudou, ainda, 111 pacientes de ambos os gêneros e verificou que a maioria (50,5%) apresentava deformidade de pele e gordura do tipo III, com grande excesso de pele (a pele entre a região pubiana e o umbigo deve ser removida) ⁴⁵ (NAHAS, 2001b). Dessa maneira, a indicação da abdominoplastia possibilita, sobre a qualidade de vida, uma mudança de paradigma na medida em que é a deformidade de cada paciente que determina a técnica operatória

capaz de restaurar, com maior eficiência, o abdome, transformando-o e resgatando-o em seu contorno corporal. As pacientes deste estudo foram operadas de acordo com esta classificação, que conferiu importância na avaliação dos níveis de satisfação nos resultados de qualidade de vida, em abdominoplastia.

Na revisão da literatura, foi encontrada apenas uma publicação específica na melhora da qualidade de vida dos pacientes no pós-operatório, com metodologia considerada adequada ⁴³ (BOLTON et al., 2003). Não há, no contexto cultural atual, estudos sobre o impacto da abdominoplastia na qualidade de vida dos pacientes, utilizando-se instrumentos validados e adaptados culturalmente. Para aprimorar o conhecimento sobre esse assunto, este trabalho foi realizado com a proposta de avaliar tanto o impacto psicológico da abdominoplastia, quanto os seus benefícios psicológicos, partindo do princípio de que estes dois aspectos — o impacto e os benefícios psicológicos — caracterizam a avaliação global da qualidade de vida ^{31,80,88} (GARRAT et al., 2002; GROSSBART, SARWER, 2003; HONIGMAN, PHILLIPS, CASTLE, 2004).

Os três instrumentos de avaliação da qualidade de vida selecionados mediram aspectos da saúde física e mental de uma forma genérica (*SF-36*), bem como o funcionamento psicológico sob o ponto de vista mais específico (Escala de Autoestima ROSENBERG/UNIFESP-EPM e *BSQ*). Todos os questionários tiveram suas propriedades comprovadas através dos processos de tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação ^{25,62-63} (CICONELLI, 1997; DINI, 2000; DI PIETRO, 2001).

O *SF-36* é um dos instrumentos de avaliação genérica de qualidade de vida mais traduzido, pesquisado e utilizado ^{25,27,31,61,64} (CICONELLI, 1997; POWER, 2003; GARRAT et al., 2002; KLASSEN et al., 1999; CHING et al., 2003). Abrange oito domínios do estado de saúde, com exceção do aspecto sexual ²⁸ (WHOQOL GROUP, 1995). Foi desenvolvido por WARE e SHERBOUNE em 1992, que iniciaram um

projeto de validação internacional deste questionário para que pudesse ser amplamente usado em ensaios clínicos internacionais e multicêntricos ⁵⁹. Esse projeto, denominado *IQOLA (International Quality Of Life Assessment Project)*, é responsável pela coordenação da tradução e validação do *SF-36* em diversos países ^{93,94} (WARE Jr et al., 1998; WARE, KOSINSKI, 2001).

A Escala de Auto-Estima Rosenberg avalia um aspecto específico da qualidade de vida, a auto-estima. Foi desenvolvida por Rosenberg em 1965 e desde então, tem sido utilizada com muita frequência, na comunidade científica ^{2,36,43,46,50,83,95-98} (FIGUEROA, 2003; ALAGÖZ et al., 2003; BOLTON et al., 2003; KLASSEN et al., 1996; VON SOEST et al., 2006; HARRIS, CARR, 2001; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004; NICODEMO, 2005; SERRETTI, OLGATI, COLOMBO, 2005; O'BLENES et al., 2006).

O *Body Shape Questionnaire* avalia preocupações com a imagem corporal e insatisfação com o próprio corpo. Foi desenvolvido na Inglaterra por COOPER et al. (1987) e depois traduzido e validado em países como Brasil, Suécia, França e, também, na Alemanha, Espanha, Turquia, Itália ^{58,63,99-100} (DI PIETRO, 2001; GHADERI, SCOTT, 2004; ROUSSEAU et al., 2005). Começou por avaliar transtornos alimentares, porém, estudos focados na estrutura interna de seus fatores revelaram um potencial mais abrangente da imagem corporal, quando ROSEN et al. (1996) validaram o *BSQ*, nos EUA ⁶⁰. A análise fatorial é um refinamento na seleção de itens que, ajudam a entender o que a escala mede. A estrutura fatorial aumenta a sensibilidade às mudanças psicológicas após a cirurgia plástica ⁸³ (HARRIS, CARR, 2001). Essa evolução verificou-se porque, inicialmente, o enfoque dado à imagem corporal tinha relação apenas com os transtornos alimentares ou com preocupações do peso e forma corporais ¹⁸ (ELLABBAN, HART, 2004). Contudo, a imagem corporal tem implicações em outras facetas do funcionamento psicossocial ^{17,21} (CASH, 2004; CASH, FLEMING, 2002). CORDAS, CASTILHO (1994) relataram que esse

questionário, por suas características simples e objetivas, tornou-se um instrumento de avaliação muito prático e eficaz no seguimento de pacientes com transtornos alimentares e sugeriram a sua validação na população brasileira¹⁰¹. Na literatura nacional foram encontrados dois trabalhos que utilizaram a classificação de CORDAS, CASTILHO (1994)¹⁰¹⁻¹⁰³ (MOREIRA et al., 2005; KAKESHITA, ALMEIDA, 2006). Na literatura internacional, sobretudo europeia, este questionário (*BSQ*) tem sido utilizado para medir a insatisfação com o corpo, mas não foram encontradas publicações em cirurgia plástica^{33,104-105} (CANO, BROWNE, LAMPING, 2004; TERRY, LANE, WARREN, 1999; SERIFOVIC, DINNEL, SINANOVIC, 2005). CHING et al. (2003) fizeram uma revisão detalhada em medidas de resultados em cirurgia plástica e concluíram que, o *MBSRQ* tinha sido aplicado apenas em estudos retrospectivos, não tendo sido comprovada a sua sensibilidade em relação a mudanças, em estudos prospectivos⁶⁴. ROSEN et al. (1996) relataram correlações entre o *BSQ* e o *MBSRQ*, instrumento muito utilizado para avaliação da imagem corporal em cirurgia plástica, em relação às subescalas: *Appearance Evaluation*, *Appearance Orientation*, *Body Areas Satisfaction*⁶⁰. Estas subescalas estão citadas em inglês, porque a tradução e validação do questionário *MBSRQ* para a língua portuguesa ainda não está finalizada. Pela relação entre imagem corporal e cirurgia plástica, a utilização do *BSQ* torna-se importante na avaliação de pacientes em cirurgia plástica.

Enquanto no Grupo Estudo os três questionários foram auto-aplicados em três momentos (pré, pós-operatório de um mês e pós-operatório de seis meses), no Grupo Controle a auto-aplicação contou com dois momentos: pré-operatório e após seis meses, sem intervenção. Este estudo realizou duas avaliações diferentes com a mesma variável: de um mês e de seis meses. O objetivo foi distinto: no pós-operatório de um mês foi avaliado o impacto psicológico da abdominoplastia e no pós-operatório de seis meses, os benefícios psicológicos da intervenção. O fenômeno foi diferente no tempo. O Grupo Controle funcionou como um contraste para o Grupo Estudo. Desta forma, o Grupo Controle, através da comparação, contrastou o efeito. Por isso, a avaliação dos

benefícios psicológicos verificou-se apenas aos seis meses. Este foi, também, o período máximo considerado como adequado para que os pacientes, enquanto Grupo Controle, permanecessem em lista de espera⁹⁰ (COOK, ROSSER, SALMON, 2006). KLASSEN et al. (1996) e COOK, ROSSER, SALMON (2006) relataram que o Grupo Controle pode ser constituído a partir da lista de espera, tal como aconteceu neste estudo^{46,90}.

A avaliação imediata no Grupo Estudo (pós-operatório de um mês) procurou estudar a subjetividade propriamente dita, quando aspectos físicos (pontos, drenos, malhas de compressão) da cirurgia ainda estariam presentes na vivência recente das pacientes. Após seis meses, concordando com o que foi relatado por MILLER et al. (2005), procurou-se identificar os reais benefícios psicológicos do procedimento¹⁰⁶. O tempo de um mês e seis meses foi baseado no estudo de RANKIN et al. (1998) que avaliou a qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia plástica¹². ALVES et al. (2005) consideraram adequado seis meses de pós-operatório para a avaliação dos benefícios estéticos, em relação à intervenção cirúrgica⁷.

A diferença entre o tamanho dos dois Grupos Estudo e Controle, assinalou as características de um estudo prospectivo, que considera dois aspectos: tempo e tamanho. Quando não há informação sobre a distribuição da amostra e o seu tamanho é pequeno, opta-se por testes de avaliação estatística não paramétricos, como aconteceu neste estudo. O tipo de variável estudada, caracterizada como qualitativa ordinal discreta, também levou à escolha dos testes citados. Os testes não paramétricos não exigem homogeneidade de “n”, portanto, a diferença quanto à descrição dos dois grupos não invalidou o estudo, mas limitou-o, pelo tamanho da amostra. KLASSEN et al. (1996), estudando vários tipos de intervenções, referiram que os pacientes submetidos à abdominoplastia, mesmo numa amostra pequena, apresentaram melhora no estado de saúde, como um todo⁴⁶.

Embora o protocolo do estudo permitisse a inclusão de mulheres com idades compreendidas entre 25 e 60 anos, a média de idade das pacientes no Grupo Estudo foi de 34 (± 7) e no Grupo Controle de 36 (± 4), estando dentro de uma faixa etária considerada fértil e madura. Esta faixa etária é semelhante à encontrada por BOLTON et al. (2003) em seu grupo de mulheres que se submeteram à abdominoplastia (37 anos) e NAHAS, AUGUSTO, GHELFOND (2001), cujas pacientes submetidas à abdominoplastia apresentaram como média de idades 32,5 no grupo estudo e, 38,5 anos no grupo controle^{43,107}. HARRIS, CARR (2001) relataram que na faixa etária entre 31 e 60 anos, as mulheres apresentavam maior insatisfação com a aparência⁸³. Notou-se uma relação entre idade e aparência e não, entre idade e tipo de personalidade, como assinalada em estudos anteriores^{9,71} (THOMSON Jr, KNORR, EDGERTON, 1978; EDGERTON Jr, KNORR, 1971).

Das pacientes no Grupo Estudo (50%) apresentava história de duas gestações em média. Neste grupo, o número variou entre um e quatro filhos. No Grupo Controle, oito mulheres (53%) apresentaram história de três gestações em média, que variaram entre um e cinco filhos. A gravidez pode produzir alterações do contorno corporal. Estas modificações muitas vezes se traduzem em níveis de constrangimento na exposição do próprio corpo^{18,21-22,32,38,41-42,69} (ELLABBAN, HART, 2004; CASH, FLEMING, 2002; PRUZINSKY, 2004; FEISS, 2003; CASH, SANTOS, WILLIAMS, 2005; PRUZINSKY, 1996; COADY, 1997; MOWLAVI et al., 2000). As modificações físicas e emocionais, combinadas a aspectos culturais e sociais têm efeitos na sexualidade, diminuindo a qualidade de vida^{29,37,43,108} (HASAN, 2000; CASH et al., 2004; BOLTON et al., 2003; GÖKYILDIZ, BEJI, 2005). O desconforto e a deformidade da parede abdominal em múltiparas foram relatados por PITANGUY em 1967 e em 1974¹⁰⁹⁻¹¹⁰. SEUNG-JUN, THALLER (2002) afirmaram que os efeitos combinados da gestação e idade na parede abdominal são a indicação clínica mais comum para a abdominoplastia⁴⁰.

Tanto no Grupo Estudo (79%), quanto no Controle (67%), a maioria das pacientes era casada. No estudo de BOLTON et al. (2003), 48% das mulheres avaliadas eram casadas, 28% solteiras, 24% separadas ou divorciadas⁴³. Estes dados não se assemelharam aos achados por VON SOEST et al. (2006) que justificaram o reduzido número de mulheres casadas pelo fato de que estas, tendo um relacionamento estável, não possuíam grande motivação para se submeterem à cirurgia plástica⁵⁰. Estes dados demográficos, talvez, possam sugerir uma relação entre a demanda da cirurgia plástica e sua aceitação no contexto cultural.

A média do IMC tanto no Grupo Estudo quanto no Controle foi de 23Kg/m² (± 2) e mostrou que, na média, as pacientes estudadas não apresentaram sobrepeso. Mesmo assim, relataram insatisfação com uma parte específica, o abdome, verbalizada em constrangimento na exposição do corpo, sobretudo na vida sexual. Esta foi a principal motivação para a busca da cirurgia neste grupo de pacientes.

A obesidade é diretamente proporcional ao maior risco de complicações cirúrgicas^{18,66,111} (ELLABBAN, HART, 2004; FARAH et al., 2004; DE JONG, 2001). Dentre os vários índices para o diagnóstico e classificação do grau de obesidade, destaca-se o IMC pela simplicidade de sua obtenção.

Alterações de peso e apetite podem ser causadas por condições médicas gerais e são comuns em condições psiquiátricas. O ganho ou a perda de peso foram avaliados, na seleção do pré-operatório deste estudo, se associados com uma apresentação específica que envolvesse distorções da imagem corporal e/ou compulsão periódica. O *DSM-IV* (EIXO I) inclui uma seção destinada a transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa), caracterizados por comportamentos alimentares especiais com ênfase excessiva na imagem corporal¹¹² (JORGE, 2000). GROSSBART, SARWER (2003) fizeram um levantamento na literatura e concluíram que, tanto a anorexia quanto a bulimia nervosas são comuns em pacientes que buscam a cirurgia plástica, conclusões corroboradas por PRUZINSKY (1996), VAN DEN BERG et al.

(2002) e ALAGÖZ et al. (2003)^{80,41,113,36}. Segundo os autores, são transtornos psiquiátricos que devem ser um fator de contra-indicação da cirurgia plástica, uma vez que pode ocorrer exacerbação de sintomas no pós-operatório. SARWER, CRERAND (2004) relataram que os transtornos alimentares ocorrem com alguma frequência em pacientes interessados em lipoaspiração e abdominoplastia²³.

Outro transtorno psiquiátrico, relacionado com a aparência, avaliado na seleção das pacientes e considerado, também, como critério de exclusão, foi o transtorno dismórfico corporal, classificado como transtorno somatoforme (*DSM-IV*) (EIXO I)¹¹² (JORGE, 2000). É representado por uma preocupação patológica com a idéia de ter um defeito grave na aparência física. Esta preocupação causa sofrimento significativo e prejuízo no funcionamento social e ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Na literatura há relatos contraditórios, na maioria das vezes, pela dúvida do diagnóstico. Contudo, a grande maioria julga uma contra-indicação para a cirurgia plástica, por considerarem que a mesma não terá sua função terapêutica^{15-16,41,80,88,114} (CASTLE, HONIGMAN, PHILLIPS, 2002; FLAGEUL, GODEFROY, LACOEUILHE, 2003; PRUZINSKY, 1996; GROSSBART, SARWER, 2003; HONIGMAN, PHILLIPS, CASTLE, 2004; PHILLIPS et al., 2001). SARWER et al. (1998c) relataram índices de 7% deste transtorno em cirurgia plástica⁶⁸. BELLINO et al. (2006) encontraram correlações entre transtornos de personalidade e esta condição¹¹⁵. HASAN (2000) e KISELY et al. (2002) concluíram em seus estudos que, havia uma significativa correlação entre dismorfismo e sintomas psiquiátricos^{29,70}. MOWLAVI et al. (2000), relataram que vários transtornos psiquiátricos podem estar associados ao transtorno dismórfico corporal, dentre os quais a depressão⁶⁹. PRUZINSKY (1996) mencionou que esse dismorfismo não é contra-indicação absoluta, mas que esses pacientes precisam de atendimento especializado⁴¹. GROSSBART, SARWER (2003) e SARWER, CRERAND (2004), relataram que certos transtornos, como os alimentares e o dismórfico corporal são prevalentes em pacientes de cirurgia plástica e podem ser uma contra-indicação à cirurgia^{80,23}.

Condições médicas gerais, como doenças de caráter agudo ou crônico, não controladas são citadas no EIXO III do *DSM-IV* e podem favorecer comportamentos alterados, como reações psicológicas a essas condições ¹¹² (JORGE, 2000). Por isso, fizeram parte dos critérios de exclusão.

Para este estudo, as pacientes que faziam uso de medicação psiquiátrica também foram excluídas, com fundamento nos estudos de CASTLE, HONIGMAN, PHILLIPS (2002) e BELLINO et al. (2006) ^{15,115}. Uma vez que se trata de um estudo sobre qualidade de vida e dada a importância da avaliação da saúde física e mental na seleção pré-operatória e, ainda, haver resultados contraditórios quanto a esse tema na literatura, optou-se por este critério de exclusão ^{9,15,20,29,32,80,88} (THOMSON Jr, KNORR, EDGERTON, 1978; CASTLE, HONIGMAN, PHILLIPS, 2002; SARWER, WADDEN, WHITAKER, 2002; HASAN, 2000; FEISS, 2003; GROSSBART, SARWER, 2003; HONIGMAN, PHILLIPS, CASTLE, 2004). ÖZGUR, TUNCALI, GÜRSU (1998) relataram que pacientes com alterações psíquicas tendem a interromper o acompanhamento do estudo ⁴⁷. BORAH, RANKIN, WEY (1999) encontraram correlações entre complicações físicas e psicológicas associadas à insatisfação no pós-operatório ²⁶. Pacientes com alterações psicológicas no pré-operatório estariam mais susceptíveis a complicações no pós-operatório, com recuperação mais lenta, insatisfação quanto aos resultados cirúrgicos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade de vida, aspecto também citado por BOLTON et al. (2003) ⁴³. MOWLAVI et al. (2000) afirmaram que a insatisfação poderia ter causa psiquiátrica ⁶⁹. Resultados tecnicamente perfeitos podem ser considerados falhos se o paciente não se mostrar satisfeito, segundo CHING et al. (2003) ⁶⁴. BELLINO et al. (2006) referiram que a medicação psiquiátrica poderia mascarar diversos sintomas, entre os quais o transtorno dismórfico corporal ¹¹⁵.

Encontraram-se estudos que utilizaram o *DSM-IV* como instrumento de avaliação em cirurgia plástica ^{69,83,114-115} (MOWLAVI et al., 2000; HARRIS, CARR,

2001; PHILLIPS et al., 2001; BELLINO et al., 2006). Contudo, SARWER et al. (1998c) e HARRIS e CARR (2001) consideraram que o *DSM-IV* não categorizava, adequadamente, pacientes que apresentavam extrema angústia com questões de teor mais estético^{68,83}. Os transtornos psiquiátricos (*DSM-IV*) citados neste estudo, como critérios de exclusão e relatados, também, por ÖZGUR, TUNCALI, GÜRSU (1998), MOWLAVI et al. (2000), FEISS (2003) e FERRARO, ROSSANO, D'ANDREA (2005) foram os que poderiam alterar a percepção das pacientes e sua conseqüente avaliação dos resultados de qualidade de vida em cirurgia plástica^{47,69,32,13}. Tais transtornos não fizeram parte de um diagnóstico, mas da possibilidade de influência dos sintomas na alteração da saúde mental e que poderiam ser expressos e avaliados em padrões de comportamento. As pacientes que apresentaram indicação foram encaminhadas ao setor de psiquiatria. A importância da avaliação da saúde mental teve como principal motivo, o grau de comprometimento subjetivo exigido às pacientes nas respostas dos questionários de imagem corporal, auto-estima e qualidade de vida, em momentos estabelecidos no protocolo deste estudo.

O nível de expectativas, pela relação com a percepção e com o impacto da intervenção, bem como o tempo de decisão para a realização da abdominoplastia, pela relação com o grau de maturidade ou impulsividade, foram pesquisados neste estudo e também investigados por HASAN, (2000) e SARWER, WADDEN, WHITAKER (2002)^{29,20}. No Grupo Estudo, a maioria das pacientes (79%) tomou a decisão de realizar a cirurgia havia mais de um ano. A maioria das pacientes no Grupo Controle (73%), também decidira fazer a cirurgia havia mais de um ano, comprovando um nível de amadurecimento, quanto a esta atitude, nos dois grupos. Embora no Grupo Estudo as expectativas tivessem sido altas, na maioria das pacientes (54%), estavam dentro da realidade e os resultados foram comprovados pelos índices de satisfação. As pacientes do Grupo Controle ficaram na categoria moderada, com 67%.

Pela grande expectativa, em relação à cirurgia plástica, o seu significado deve ficar muito claro na medida em que, o resultado nunca poderá ir além do próprio organismo. Há limites e a melhora é em relação à situação inicial e não em relação a um eventual padrão ideal de beleza^{39,51} (FERREIRA, 2000; WRIGHT, WRIGHT, 1975). A cirurgia plástica ameniza deformidades físicas e, conseqüentemente, psíquicas, sendo que a falta de esclarecimento prévio é uma das razões da insatisfação.

O valor da presença de uma cicatriz, avaliado no grau de expectativas deste estudo, é um dos aspectos que deve ser exaustivamente colocado e é fator, importante, de avaliação da saúde mental^{14,77} (VILAIN, BZOWSKI, 1977; MACGREGOR, 1981). Alterações sensitivas da região do abdome após a abdominoplastia foram explicadas no pré-operatório deste estudo. FARAH et al. (2004) avaliaram modalidades de sensibilidade (específicas a estímulos táteis, térmicos e dolorosos em situações cotidianas) e definiram quais as áreas da parede abdominal afetadas após a abdominoplastia que, foram estudadas também por FLAGEUL et al. (1999)^{66,116}. O conhecimento dessas alterações sensitivas foi muito importante para a proteção de queimaduras e para que, níveis de ansiedade, não se relacionassem com esse transtorno, relativamente transitório.

O grau de escolaridade das pacientes deste estudo, nos dois grupos, tinha na base o ensino fundamental. CICONELLI et al. (1999) referiram que o *SF-36* deveria ser aplicado a pacientes que ao menos tivessem terminado o ensino fundamental¹¹⁷. Este aspecto foi considerado para os outros dois questionários que, embora simples e objetivos, exigiram algum grau de reflexão pelo teor de subjetividade avaliada.

Os resultados atípicos — *outliers*, ilustrados nos gráficos *Box-Plot*, em relação ao Grupo Estudo e Controle foram classificados segundo duas categorias: resultados atípicos extremos, para valores maiores que três vezes o comprimento da caixa a partir do percentil 75 ou 25 e resultados atípicos moderados, para valores maiores do que uma vez e meia o comprimento da caixa a partir do percentil 75 ou 25^{4,118}. (DINI,

2004; MASSAD et al., 2004). Foram discutidos aqueles que, tiveram importância na relação de todos os dados.

A abdominoplastia provocou um impacto positivo no Grupo Estudo ao diminuir a preocupação com a imagem corporal e a insatisfação com o próprio corpo, comprovado na dimensão valores totais (*BSQ*) ($p < 0,001$). Este impacto foi verificado pela diminuição nos escores obtidos após um mês da intervenção. Aos seis meses de pós-operatório os aspectos relacionados à cirurgia em si, tanto físicos quanto possíveis sentimentos de alguma euforia, estavam diluídos. Além disso, os escores mostraram-se idênticos aos de um mês podendo-se, portanto, inferir que houve benefícios, sobretudo, psicológicos, pela melhora da imagem corporal na sua relação com a insatisfação com o corpo. Verificou-se a importância da satisfação do corpo para a imagem corporal, nestas pacientes, resultado relatado também por CASH, FLEMING (2002), SARWER WADDEN, WHITAKER (2002) e por BOLTON et al. (2003)^{21,20,43}. Estes benefícios não se verificaram no Grupo Controle que, aos seis meses sem intervenção, manteve escores sem alteração e semelhantes aos do pré-operatório ($p = 0,61$). Verificou-se melhora significativa no *BSQ* do Grupo Estudo, quando analisado por categorias. Quando avaliado o período entre o pré e pós-operatório de seis meses, observou-se um fluxo de melhora no Grupo Estudo. O movimento dos dois grupos apresentou direções opostas: o do Estudo, no sentido da melhora e o do Controle no sentido da piora, ressaltando o quanto a abdominoplastia afetou de forma saudável a imagem corporal, em seus vários aspectos.

A abdominoplastia possibilitou, ainda, a melhora da autopercepção em relação à forma corporal (*BSQ*) logo após o primeiro mês, no Grupo Estudo ($p < 0,001$). A paciente número um (APÊNDICE) apresentou um valor atípico extremo em relação ao grupo, mas não alterou o comportamento do grupo como um todo. A melhora verificada no Grupo Estudo, nesta dimensão da imagem corporal, após um mês da cirurgia, incluiu esta paciente. A percepção do corpo estava prejudicada na maioria das

pacientes deste grupo que apresentou escores altos no pré-operatório, mas em níveis considerados saudáveis. Este dado pôde indicar a insatisfação que estas pacientes tinham em relação à avaliação da própria aparência física antes de se submeterem à abdominoplastia. Aos seis meses de pós-operatório a distribuição dos dados tornou-se menos dispersa que nos outros momentos analisados, mostrando os benefícios psicológicos alcançados ($p < 0,001$). No Grupo Controle, sem intervenção, não houve alteração na dimensão avaliada ($p = 0,78$). Na paciente número oito (APÊNDICE), o nível de insatisfação piorou gravemente. Houve aumento significativo de peso, o que pode ser um fator casual. Esta paciente idealizou a operação como possibilidade de perda de peso, manifestando dificuldade na percepção da forma corporal. A percepção corporal é indicador de saúde mental e um aspecto considerado importante para avaliação das expectativas e resultados em cirurgia plástica, em termos de satisfação. Portanto, satisfação não é necessariamente um resultado efêmero; tem ligação com benefícios psicológicos em longo prazo. A abdominoplastia favoreceu este equilíbrio ao incluir mudanças positivas na avaliação da aparência. Este resultado foi encontrado por BOLTON et al. (2003) em um estudo semelhante⁴³.

O domínio percepção comparativa da imagem corporal (*BSQ*) diz respeito às questões que avaliam níveis de constrangimento na exposição do corpo. Pelas suas características específicas e pela demanda das pacientes, deste estudo, em relação à busca da abdominoplastia (vergonha, diminuição de feminilidade, constrangimento na exposição do corpo, principalmente na vida sexual), relacionou-se este domínio do *BSQ* com a própria sexualidade. Esta demanda referiu-se, também ao Grupo Controle. Este fato foi verificado na menor variabilidade dos dados deste grupo, no pré-operatório (FIGURA 4). MOWLAVI et al. (2000) disseram que os problemas psicosssexuais poderão funcionar como motivação para a busca da cirurgia plástica⁶⁹. PRUZINSKY (2004) escreveu sobre a relação entre imagem corporal e funcionamento sexual e FEISS (2003) referiu a importância da sexualidade, como aspecto a não ser minimizado, uma vez condicionar o sucesso psicológico da cirurgia que, por sua vez,

está relacionado ao grau de satisfação do paciente, em termos de resultados de qualidade de vida^{22,32}. BOLTON et al. (2003) investigaram a sexualidade, como componente da imagem corporal⁴³. Concluíram a importância do abdome na avaliação da aparência e como área do corpo que influencia tanto a satisfação, quanto o funcionamento sexual, resultado que foi corroborado neste estudo. A sexualidade homogeneizou o Grupo Estudo após um mês da cirurgia, que se manteve após seis meses, mostrando ser esta a principal e mais importante demanda, neste grupo de pacientes. A abdominoplastia atingiu o nível de exigência psíquica destas pacientes, por ter respondido à sua demanda de maneira significativa ($p < 0,001$). A melhora deste aspecto específico da imagem corporal que se manteve aos seis meses, mostrou o alcance psicológico deste tipo de intervenção para estas pacientes ($p < 0,001$), resultado semelhante ao de BOLTON et al. (2003) que verificaram, também, redução do constrangimento e inibição na exposição do corpo, nas relações sexuais⁴³. Após seis meses sem intervenção, o Grupo Controle mostrou, pela variação dos dados, certo desconforto, embora não tenham apresentado alteração estatisticamente significativa ($p = 0,27$). HARRIS, CARR (2001) utilizaram uma escala de avaliação (*Derriford Appearance Scale - DAS59*), em pacientes com deformidades e problemas estéticos com a aparência, em tipos diferentes de procedimentos cirúrgicos⁸³. Verificaram que, em abdominoplastia, a subescala que mede o aspecto sexual foi a mais afetada, sobre a melhora de resultados, assinalando a especificidade da imagem corporal, neste tipo de procedimento, em cirurgia plástica.

Pensamentos, sentimentos e comportamentos expressam a imagem corporal. Desta maneira, no domínio atitude em relação à alteração da imagem corporal (*BSQ*), puderam ser avaliados os comportamentos que o indivíduo assume em relação à própria aparência. Este domínio abrange questões que permitem identificar problemas com o peso corporal e, em casos extremos, transtornos alimentares. A abdominoplastia provocou um impacto positivo neste aspecto da imagem corporal, traduzido na homogeneidade (a variabilidade na distribuição dos dados é menor) do Grupo Estudo

em escores mínimos (o valor da mediana é menor, indicando que os valores são menos elevados), mostrando significativa melhora ($p < 0,001$). Estes resultados mostraram quão profunda era a insatisfação com o corpo, no que se refere a pensamentos, sentimentos e atitudes, traduzida em grande constrangimento e vergonha. As pacientes de números 14 e 19 (APÊNDICE) necessitaram ser re-operadas e, este fato, pode ter contribuído para o resultado atípico. Os benefícios psicológicos ficaram evidentes aos seis meses ($p < 0,001$), quando o Grupo Estudo apresentou características de homogeneidade, condensadas em valores mínimos (FIGURA 5). Embora as pacientes não estivessem acima do peso antes da cirurgia, os resultados mostraram que o fator peso foi motivo de grande preocupação, que o receio de inadequação em seu ambiente esteve presente, bem como o medo de engordar, resultado relatado também, por CASH, FLEMING (2002)²¹. O contorno corporal, proporcionado pela abdominoplastia, pode ter contribuído para a sensação de perda de peso e conseqüente satisfação⁴⁴⁻⁴⁵ (NAHAS, 2001a; 2001b). BOLTON et al. (2003) relataram que a diminuição de peso foi citada, pelas pacientes, como fator de satisfação na abdominoplastia⁴³. Os benefícios desta sensação fizeram-se sentir aos seis meses, após a cirurgia, quando pensamentos, sentimentos e atitudes em relação à aparência melhoraram ($p < 0,001$). SARWER WADDEN, WHITAKER (2002) afirmaram que, se a cirurgia plástica provoca um efeito positivo na imagem corporal, há um decréscimo nos pensamentos, sentimentos e comportamentos negativos no pós-operatório²⁰. Pela influência da cultura na imagem corporal, talvez este domínio permita mensurar, também, o aspecto social. Os resultados deste estudo mostraram que a satisfação com o corpo na avaliação da aparência é fator importante para o funcionamento da imagem corporal. No Grupo Controle não houve alteração estatisticamente significativa ($p = 0,86$). Notou-se um valor atípico na paciente de número oito (APÊNDICE) que também se verificou no domínio autopercepção da forma corporal, mostrando a correlação entre os dois domínios com referência à importância da percepção em relação a pensamentos, sentimentos e comportamentos relativos à alteração da imagem corporal. Desta forma, ao avaliar-se a percepção dos pacientes sobre o resultado

obtem-se o efeito na imagem corporal, através dos aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais.

A abdominoplastia diminuiu a dismorfia da imagem corporal, que pôde ser avaliada no domínio alterações intensas da percepção corporal (*BSQ*). A operação fez com que o Grupo Estudo ficasse mais homogêneo e com valores mínimos o que significa que a intervenção provocou impacto neste grupo de uma forma positiva, logo após o primeiro mês ($p=0,02$), mantendo-se este resultado após os seis meses ($p=0,02$). A diferença dos resultados entre o pré e o pós-operatório de um mês e seis meses foi significativa. Estes resultados são semelhantes aos de BOLTON et al. (2003) quando afirmaram que, a abdominoplastia afetou a imagem corporal ao reduzir a avaliação negativa e emoções relativas à dismorfia da imagem corporal, assinalando, assim, o efeito da imagem corporal na qualidade de vida das pacientes⁴³. Nas pacientes de números 14 e 19 (APÊNDICE) verificou-se ligeira piora, sobretudo na paciente de número 19. Complicações vividas por estas pacientes foram assinaladas neste domínio também, mostrando a relação entre satisfação e melhora da imagem corporal. No Grupo Controle não houve alteração do pré-operatório até aos seis meses sem intervenção ($p=0,17$). A paciente de número oito (APÊNDICE) apareceu novamente como valor atípico e extremo, contudo, após seis meses, manteve-se na categoria moderada. A sensação da proximidade da realização da cirurgia pode ter influenciado a mudança, mostrando o seu valor para a satisfação da imagem corporal nesta paciente.

Quando comparados os dois Grupos, Estudo e Controle, verificou-se que, no pré-operatório, houve diferença quanto à descrição, mas não quanto ao objetivo, nas dimensões valores totais ($p=0,0094$), autopercepção da forma corporal ($p=0,030$) e percepção comparativa da imagem corporal ($p=0,025$). Esta diferença pode ser um artefato estatístico porque a amostra é diferente em tamanho e o n é pequeno. Ou, apenas sugerir que, embora a motivação fosse a mesma, são indivíduos com suas

percepções e, portanto, com singularidades e subjetividades díspares. Além disso, pode-se pensar na diferença de ansiedade entre o Grupo Estudo que começou o protocolo e o Grupo Controle que pôde constatar resultados, antes de submeter-se à intervenção. Este fato foi verificado ao considerarem-se os valores totais (*BSQ*) em que o Grupo Controle concentra-se mais em torno de valores baixos (menor preocupação e insatisfação com o corpo), enquanto o Grupo Estudo em valores mais altos (maior preocupação e insatisfação com o corpo). Em relação aos domínios atitude em relação à alteração da imagem corporal e alterações intensas da percepção corporal, não houve diferença no pré-operatório ($p=0,13$; $p=0,092$ respectivamente) e após seis meses ($p=0,063$; $p=0,038$ respectivamente), mostrando que a motivação era semelhante e que níveis de transtornos psíquicos não se acharam presentes. Após seis meses notou-se diferença significativa apenas no domínio percepção comparativa da imagem corporal ($p=0,0009$). A diferença assinalada na percepção comparativa da imagem corporal ($p=0,0009$), quando comparados os Grupos Estudo e Controle, comprovou que a principal demanda dos grupos foi o constrangimento na exposição do corpo na vida sexual por um lado e por outro, o quanto a abdominoplastia afetou significativamente, de forma positiva, esta característica específica da imagem corporal nas pacientes do Grupo Estudo.

Os resultados do pós-operatório de um mês, em relação à auto-estima, mostraram o impacto da abdominoplastia nesta variável psicológica. A auto-estima aumentou significativamente ($p<0,001$). Este resultado manteve-se no pós-operatório de seis meses ($p<0,001$), ressaltando o benefício psicológico. Aos seis meses não se verificou alterações no Grupo Controle ($p=0,34$). BURK, ZELEN, TERINO (1985), KLASSEN et al. (1996), ALVES et al. (2005), MILLER et al. (2005) e O'BLENES et al. (2006) mostraram a influência da cirurgia plástica na melhora da auto-estima^{72,46,7,106,98}. Estes resultados não estão de acordo com os de BOLTON et al. (2003) e DAVANÇO (2004) que não relataram mudanças na auto-estima^{43,119}.

Ao pesquisar a qualidade de vida das pacientes do Grupo Estudo no pré-operatório verificou-se que apresentavam boa saúde física e sem limitações em suas atividades do dia-a-dia. Este fato foi constatado ao avaliar-se a capacidade funcional, os aspectos físicos e o nível de dor pelo *SF-36*. A percepção quanto a perspectivas futuras em relação à saúde de uma maneira geral, também se apresentou em níveis adequados e foi avaliada no domínio estado geral de saúde do *SF-36*. A vitalidade, medida pelo grau de energia e quantidade de disposição para a realização das tarefas diárias, os aspectos sociais afetados tanto pelo estado físico quanto emocional, os aspectos emocionais na sua interferência nas atividades diárias e a saúde mental avaliada na influência de sentimentos como ansiedade, depressão e prazer no cotidiano, apresentaram índices considerados saudáveis (*SF-36*).

O *SF-36* não se mostrou sensível às mudanças provocadas pela abdominoplastia, o que remete à possibilidade de que, a demanda nesta cirurgia não teria como componente principal, o aspecto físico. Este questionário indicou que as características na abdominoplastia são essencialmente estéticas e, portanto, com aspectos marcadamente subjetivos. CHING et al. (2003) relataram que, quando os procedimentos são predominantemente estéticos em sua natureza, o *SF-36* parece ser incapaz de detectar mudanças significantes⁶⁴. Talvez, por isso, o *SF-36* só se mostre sensível a mudanças, essencialmente, físicas. KLASSEN et al. (1999) e HARRIS, CARR (2001) afirmaram que os questionários genéricos subestimam o real impacto da cirurgia plástica na vida dos pacientes^{61,83}.

Apenas no domínio saúde mental houve diferença estatisticamente significativa tanto no pós-operatório de um mês ($p > 0,001$), quanto no pós-operatório de seis meses ($p = 0,004$). Este resultado foi suficiente para indicar o índice de satisfação nestas pacientes, com fundamento em CHAHRAOUI et al. (2005) ao afirmarem que, a saúde mental é um dos indicadores da satisfação do paciente⁴⁹. Os níveis de satisfação indicaram, ainda, a qualidade da relação e dos vínculos estabelecidos entre as

pacientes e toda a equipe envolvida neste estudo, critério ressaltado por COADY (1997) ⁴². Este aspecto foi traduzido na adesão e no comprometimento das pacientes durante o desenvolvimento deste estudo. Das 40 pacientes selecionadas, a paciente de número quatro (APÊNDICE) precisou ser excluída por não ter completado todas as questões do *BSQ*, no pós-operatório de seis meses, cuja razão parece ter sido mera distração.

ALVES et al. (2005) relataram que o domínio saúde mental (*SF-36*) foi o único que melhorou aos dois e seis meses do pós-operatório, quando estudaram a qualidade de vida em ritidoplastia ⁷. O'BLENES et al. (2006) num estudo sobre qualidade de vida na mamoplastia redutora, utilizando o *SF-36*, relataram resultados com benefícios mais físicos do que mentais ⁹⁸. Estes resultados corroboram com os de MILLER et al. (2005), no mesmo tipo de cirurgia ¹⁰⁶. DUNOFSKY (1998) afirmou que a melhora em cirurgia plástica tem mais aspectos psicológicos envolvidos, do que aspectos físicos ⁸⁷. ABLA (2002), VEIGA et al. (2004) e FREIRE et al. (2004) encontraram, em seus achados, mudanças, principalmente, nos aspectos emocionais (*SF-36*), mostrando a importância da subjetividade na cirurgia plástica ^{120,1,5}. Estes resultados mostraram que os benefícios são diferentes e específicos de acordo com o tipo de procedimento cirúrgico, ou seja, não existe um conceito generalizado de satisfação em qualidade de vida. Estes dados ainda corroboram com os de BOLTON et al. (2003) ao considerar que, imaginar a satisfação geral com a vida após uma cirurgia plástica, pode indicar uma expectativa muito grande ⁴³.

No Grupo Estudo os domínios aspectos físicos ($p < 0,001$), aspectos emocionais ($p = 0,003$) e vitalidade ($p = 0,02$) apresentaram diferença estatisticamente significativa apenas no pós-operatório de um mês, marcando o trauma operatório e sua estreita correlação com o fator emocional. BORAH, RANKIN, WEY (1999) encontraram correlações entre aspectos físicos e emocionais ²⁶. RANKIN et al. (1998) afirmaram que todas as intervenções cirúrgicas afetam psicologicamente os pacientes no período

de convalescença¹². VILAIN, BZOWSKI (1977) citaram a depressão transitória como sinal de defesa e adaptação da imagem corporal¹⁴. THOMSON Jr, KNORR, EDGERTON (1978) relacionaram a depressão transitória e ansiedade reativa a uma resposta adaptativa⁹. A paciente de número nove (APÊNDICE) manifestou, no período do pós-operatório de um mês, depressão reativa, evoluindo bem e sem necessidade de tratamento farmacológico.

A abdominoplastia, pela ampla incisão, extenso deslocamento e secção de vasos arteriais, venosos, linfáticos e ramos nervosos, pode apresentar altos índices de complicações. Estudos publicados, como os de FLOROS, DAVIS (1991), FLAGEUL et al. (1999) e FARAH et al. (2004), relataram algumas complicações relacionadas às abdominoplastias, dentre as quais: hematomas, seromas, deiscências, infecções, necroses, orelhas de cão, cicatrizes inestéticas, flebites, tromboembolismo, embolia gordurosa e, também, alterações sensitivas^{65,116,66}. Neste estudo, no período de um mês após a cirurgia, ocorreram algumas complicações físicas: estenose de umbigo (0,04%), hematoma (0,04%) e seroma (0,29%) que afetaram os níveis de satisfação das pacientes.

Os resultados do pós-operatório de um mês mostraram que o *SF-36* marcou o impacto da cirurgia e por outro, ressaltaram o impacto psicológico da abdominoplastia, quando comparados aos resultados do *BSQ* e Escala de Auto-Estima, no Grupo Estudo. O aspecto emocional foi afetado, mas não a subjetividade como um todo e, conseqüentemente, o funcionamento psicológico — melhora da imagem corporal e aumento da auto-estima — e a saúde mental.

A importância da aparência é influenciada por aspectos sociais e pela própria saúde mental. DINI (2004) encontrou relação entre as dimensões aspectos sociais e saúde mental (*SF-36*)⁴. Tanto no presente estudo, quanto no de BOLTON et al. (2003), os aspectos sociais não se mostraram relevantes para a aparência⁴³. Este dado pode ter relação com o fato do abdome não precisar ser exposto, na maioria das

relações sociais. SARWER et al. (1998c) referiram que as pacientes submetidas à abdominoplastia não apresentavam tanta insatisfação com a parte do corpo específica a ser tratada como as pacientes de outras cirurgias ⁶⁸.

Um e seis meses após a abdominoplastia não se verificou sensibilidade dolorosa (*SF-36*) nas pacientes do Grupo Estudo. Quando comparados os resultados entre o pré e pós-operatório de um mês ($p=0,37$) e o pré e pós-operatório de seis meses ($p=0,33$), as diferenças não se mostraram estatisticamente significantes.

No Grupo Controle não se verificou nenhuma alteração após os seis meses, com exceção do domínio vitalidade, cuja diferença foi significativa ($p=0,02$), talvez pela possibilidade da proximidade da intervenção. Este domínio está relacionado tanto a aspectos físicos, quanto emocionais e seus níveis de disposição, para a realização de tarefas. Pela sua ligação com os aspectos emocionais, o decréscimo no nível de ansiedade pode ter afetado esta diferença ¹² (RANKIN et al., 1998).

As mudanças psicológicas e as motivações têm como variável a imagem corporal segundo BOLTON et al. (2003), mas também a variável auto-estima, segundo os resultados deste estudo ⁴³. A correlação entre auto-estima e saúde mental assinalou que a busca da auto-estima fez parte da motivação e conseqüentemente, dos resultados. Se no pré-operatório verificou-se esta correlação, tanto no Grupo Estudo, quanto no Grupo Controle, após seis meses só se identificou no Grupo Estudo, comprovando o real benefício da abdominoplastia. Por isso, a cirurgia plástica foi denominada de intervenção psicológica ^{13,29} (FERRARO, ROSSANO, D'ANDREA, 2005; HASAN, 2000). Os níveis de bem-estar no pré-operatório das pacientes indicaram a presença de saúde mental como motivação, que melhorou após a cirurgia. WRIGHT, WRIGHT (1975) e ÖZGUR, TUNCALI, GÜRSU (1998) refletiram que, embora em pacientes de cirurgia plástica possam aparecer problemas psicológicos, estes são minoria ^{51,47}. BOLTON et al. (2003) não identificaram a saúde mental, como aspecto da auto-estima e da qualidade de vida ⁴³. Não encontraram mudanças na auto-estima, ansiedade social

e satisfação com a vida de uma maneira geral. Segundo os autores, os níveis normais de bem-estar psicossocial das pacientes no pré-operatório justificaram os resultados inalterados destas variáveis, no pós-operatório. MILLER et al. (2005) afirmaram que a Escala de Auto-Estima Rosenberg proporciona uma medida de bem-estar, em associação com o domínio saúde mental do *SF-36*, resultado identificado neste estudo¹⁰⁶. A auto-estima é, portanto, um resultado de saúde mental.

A mudança física promoveu uma mudança mental, no Grupo Estudo, também assinalada por REICH et al. (1982)³⁴. Esta é a base da atitude para a mudança de comportamento que pode ser a da responsabilidade pela própria estética. Desta forma, não será apenas o tempo que justificará os benefícios duradouros e reais de uma cirurgia plástica, mas a auto-estima uma vez que é responsável pela relação da satisfação com a aparência. Se neste estudo a resposta psicológica foi dada pela imagem corporal, a qualidade dessa resposta foi expressa na auto-estima, pela estreita relação com a saúde mental. Por fazer parte de um alicerce afetivo, poderá sustentar benefícios psicológicos. THOMSON Jr, KNORR, EDGERTON (1978) afirmaram que, quando os pacientes vêm a cirurgia plástica como possibilidade de melhorar a auto-estima e aceitação da imagem corporal, o resultado tem benefícios duradouros⁹. FIGUEROA (2003) relatou que a melhora na imagem corporal leva a benefícios psicológicos e melhora da qualidade de vida². Segundo RANKIN et al. (1998), quando os resultados são importantes para a saúde mental, promovem benefícios psicológicos¹².

Desta forma, seria importante aprofundar em estudos futuros: a auto-estima como instrumento de avaliação na seleção de pacientes pela sua relação com a saúde mental; a validação de testes específicos em cirurgia plástica para a avaliação da função sexual, enquanto expressão subjetiva nos índices de satisfação; a relação entre a prevalência de aspectos físicos ou mentais nos vários procedimentos cirúrgicos e a diferença dos benefícios e níveis de satisfação, uma vez que não há um conceito

generalizado de satisfação; e, ainda, mais estudos relacionando variáveis psicológicas, como a imagem corporal e a auto-estima e fatores sócio-culturais em procedimentos de contorno corporal, pelo grau de influência na qualidade de vida.

A abdominoplastia afetou o funcionamento da saúde mental, reduzindo a avaliação negativa da auto-estima em relação à imagem corporal. Os resultados em saúde mental refletiram o valor saudável da eficácia que a abdominoplastia provocou no aspecto psíquico, físico e social nas pacientes do Grupo Estudo. Por outro lado, este estudo assinalou, também, a importância da sexualidade na saúde mental destas pacientes e da satisfação do corpo para a avaliação da imagem corporal.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A abdominoplastia promove a melhora da imagem corporal, da auto-estima e da saúde mental.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1. Veiga DF, Sabino Neto M, Ferreira LM, Garcia EB, Veiga Filho J, Novo NF, Rocha JL. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *Br J Plast Surg*. 2004;57(3):252-7.
2. Figueroa C. Self-esteem and cosmetic surgery: is there a relationship between the two? *Plast Surg Nurs*. 2003;23(1):21-4.
3. DuBois DL, Flay BR. The healthy pursuit of self-esteem: comment on and alternative to the crocker and park (2004) formulation. *Psychol Bull*. 2004;130(3):415-20.
4. Dini GM. Validade de construção e sensibilidade da escala de auto-estima de ROSENBERG / UNIFESP-EPM [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2004.
5. Freire M, Sabino Neto M, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Quality of life after reduction mammoplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2004;38:335-9.
6. Soares MFD. Impacto da mastoplastia redutora na auto-estima de pacientes com hipertrofia mamária [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2004.
7. Alves MCA, Abla LEF, Santos RA, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem outcomes following rhytidoplasty. *Ann Plast Surg*. 2005;54(5):511-4.

-
8. Silva ALAL. SF-36 e escala de auto-estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM na assimetria mamária [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2005.
 9. Thomson JA, Jr, Knorr NJ, Edgerton MT. Cosmetic surgery: the psychiatric perspective. *Psychosomatics*. 1978;19(1):7-15.
 10. Pruzinsky T, Edgerton MT. Body image change and cosmetic plastic surgery. In: Cash TF, Pruzinsky T (editors). *Body image: development, deviance and change*. New York: Guilford Press; 1990. p. 217-36.
 11. Pertschuk MJ, Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA. Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesthet Plast Surg*. 1998;22:20-4.
 12. Rankin M, Borah GL, Perry AW, Wey PD. Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 1998;102(6):2139-45.
 13. Ferraro GA, Rossano F, D'Andrea F. Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. *Aesthet Plast Surg*. 2005;29:184-9.
 14. Vilain R, Bzowski A. Implications psychologiques en chirurgie plastique. *Ann Chir Plast*. 1977;22(2):159-64.
 15. Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *Med J Aust*. 2002;176(12):601-4. [Discussion *Med Aust J*. 2002; 177(8):461-2].
 16. Flageul G, Godefroy M, Lacoeylle G. La fonction thérapeutique de la chirurgie esthétique. *Ann Chir Plast Esthet*. 2003;48:247-56.
 17. Cash TF. Body image: past, present, and future [editorial]. *Body Image*. 2004;1:1-5.
 18. Ellabban MG, Hart NB. Body contouring by combined abdominoplasty and medial vertical thigh reduction: experience of 14 cases. *Br Assoc Plast Surg*. 2004;57:222-7.

-
19. Ferreira LM. Cirurgia plástica: uma abordagem antropológica. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2004;19(1):37-44.
 20. Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA. An investigation of changes in body image following cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(1):363-71.
 21. Cash TF, Fleming EC. The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *Int J Eat Disord.* 2002;31(4):455-60.
 22. Pruzinsky T. Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image.* 2004;1:71-81.
 23. Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image.* 2004;1:99-111.
 24. Sarwer DB, Pertschuk MJ, Wadden TA, Whitaker LA. Psychological investigations in cosmetic surgery: a look back and a look ahead. *Plast Reconstr Surg.* 1998a;101(4):1136-42.
 25. Ciconelli RM. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo;1997.
 26. Borah G, Rankin M, Wey P. Psychological complications in 281 plastic surgery practices. *Plast Reconstr. Surg.* 1999;104(5):1241-6.
 27. Power MJ. Quality of life. In: Lopez SJ, Snyder CR, editors. *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures.* Washington, DC: American Psychological Association; 2003. p. 427-41.
 28. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
 29. Hasan JS. Psychological issues in cosmetic surgery: a functional overview. *Ann Plast Surg.* 2000;44(1):89-96.

-
30. Peterman AH, Cella D. Quality of life. In: Kazdin A, editor. Encyclopedia of psychology. New York: Oxford University Press; 2000. v.6. p. 491-5.
 31. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Br J Med*. 2002;324:1417-21.
 32. Feiss R. Chirurgie esthétique, la préparation psychologique. *Ann Chir Plast Esthet*. 2003;48(5):296-8.
 33. Cano SJ, Browne JP, Lamping DL. Patient-based measures of outcome in plastic surgery: current approaches and future directions. *Br J Plast Surg*. 2004;57(1):1-11.
 34. Reich J. The interface of plastic surgery and psychiatry. *Clin Plast Surg*. 1982;9(3):367-77.
 35. Napoleon A. The presentation of personalities in plastic surgery. *Ann Plast Surg*. 1993;31(3):193-208.
 36. Alagöz MS, Basterzi AD, Uysal AÇ, Tüzer V, Ünlü RE, Sensöz Ö, Göka E. The psychiatric view of patients of aesthetic surgery: self-esteem, body image, and eating attitude. *Aesthet Plast Surg*. 2003;27:345-8.
 37. Cash TF, Morrow JA, Hrabosky JI, Perry AA. How has body image changed? a cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(6):1081-9.
 38. Cash TF, Santos MT, Williams EF. Coping with body-image threats and challenges: validation of the body image coping strategies inventory. *J Psychosom Res*. 2005;58(2):191-9.
 39. Ferreira MC. Cirurgia plástica: avaliação de resultados. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2000;15(1):55-66.
 40. Seung-Jun O, Thaller SR. Refinements in abdominoplasty. *Clin Plast Surg*. 2002;29(1):95-109.

-
41. Pruzinsky T. Cosmetic plastic surgery and body image: critical factors in patient assessment . In: Thompson JK, editor. *Body image, eating disorders, and obesity: an integrative guide for assessment and treatment*. Washington, DC: APA; 1996. p. 109-27.
 42. Coady MSE. Measuring outcomes in plastic surgery. *Br J Plast Surg*. 1997;50:200-5.
 43. Bolton MA, Pruzinsky T, Cash TF, Persing JA. Measuring outcomes in plastic surgery: body image and quality of life in abdominoplasty patients. *Plast Reconstr Surg*. 2003;112(2):619-25. [Discussion 626-7].
 44. Nahas FX. An aesthetic classification for abdominoplasty based on the myoaponeurotic layer. *Plast Reconstr Surg*. 2001a;108(6):1787-95. [Discussion 1796-7].
 45. Nahas FX. A pragmatic way to treat abdominal deformities based on skin and subcutaneous excess. *Aesthet Plast Surg*. 2001b;25(5):365-71.
 46. Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Patients' health related quality of life before and after aesthetic surgery. *Br J Plast Surg*. 1996;49:433-8.
 47. Özgür F, Tuncali D, Gürsu G. Life satisfaction, self-esteem, and body image: a psychosocial evaluation of aesthetic and reconstructive surgery candidates. *Aesthet Plast Surg*. 1998;22:412-9.
 48. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization. *Clin Psychol Rev*. 1998b;18(1):1-22.
 49. Chahraoui K, Danino A, Frachebois C, Clerc AS, Malka G. Chirurgie esthétique et qualité de vie subjective avante et quatre mois après l'opération. *Ann Chir Plast Esthet*. In press 2005.
 50. Von Soest T, Kvaalem I, Skolleborg KC, Roald HE. Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(1):51-62.

-
51. Wright MR, Wright WK. A psychological study of patients undergoing cosmetic surgery. *Arch Otolaryngol.* 1975;101(3):145-51.
 52. Edgerton MT, Langman MW, Pruzinsky T. Plastic surgery and psychotherapy in the treatment of 100 psychologically disturbed patients. *Plast Reconstr Surg.* 1991;88(4):594-608.
 53. Wengle HP. The psychology of cosmetic surgery: old problems in patient selection seen in a new way - part II. *Ann Plast Surg.* 1986;16(6):487-93.
 54. Mayberry W. Self-esteem in children: considerations for measurement and intervention. *Am J Occup Ther.* 1990;44(8):729-34.
 55. Collins AL, Smyer MA. The resilience of self-esteem in late adulthood. *J Aging Health.* 2005;17(4):471-89.
 56. Rosenberg M. *Society and the adolescent self image.* Princeton: Princeton University Press; 1965.
 57. Rosenberg M. Contextual dissonance effects: nature and causes. *Psychiatry.* 1977;40(3):205-17.
 58. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Disord.* 1987;6(4):485-94.
 59. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): 1. conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30:473-83.
 60. Rosen JC, Jones A, Ramirez E, Waxman S. Body shape questionnaire: studies of validity and reliability. *Int J Eat Disord.* 1996;20(3):315-9.
 61. Klassen A, Fitzpatrick R, Jenkinson C, Goodacre T. Contrasting evidence of the effectiveness of cosmetic surgery from two health related quality of life measures. *J. Epidemiol Community Health.* 1999;53(7):440-1.
 62. Dini GM. *Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg [dissertação].* São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2000.

-
63. Di Pietro MC. Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ - "Body Shape Questionnaire" em uma população de estudantes universitários [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2001.
 64. Ching S, Thoma A, McCabe RE, Antony MM. Measuring outcomes in aesthetic surgery: a comprehensive review of the literature. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111(1):469-80. [Discussion 481-2].
 65. Floros C, Davis PKB. Complications and long-term results following abdominoplasty: a retrospective study. *Br J Plast Surg*. 1991;44(3):190-4.
 66. Farah AB, Nahas FX, Ferreira LM, Mendes JA, Juliano Y. Sensibility of the abdomen after abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2004;114(2):577-82.
 67. Dellon AL, Dellon L. Sensibility of the abdomen after abdominoplasty [discussion]. *Plast Reconstr Surg*. 2004;114(2):583.
 68. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998c;101(6):1644-9.
 69. Mowlavi A, Lille S, Andrews K, Yashar S, Schoeller T, Weschelberger G, Anderson R. Psychiatric patients who desire aesthetic surgery: identifying the problem patient [review]. *Ann Plast Surg*. 2000;44(1):97-106.
 70. Kisely S, Morkell D, Allbrook B, Briggs P, Jovanovic J. Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(1):121-6.
 71. Edgerton MT, Jr, Knorr NJ. Motivational patterns of patients seeking cosmetic (esthetic) surgery. *J Plast Reconstr Surg*. 1971;48(6):551-7.
 72. Burk J, Zelen SL, Terino EO. More than skin deep: a self-consistency approach to the psychology of cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 1985;76(2):270-9.
 73. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, DC, American Psychiatric Association; 1987.

-
74. Fitzpatrick R, Jenkinson C, Klassen A, Goodacre T. Methods of Assessing health-related quality of life and outcome for plastic surgery. *Br J Plast Surg*. 1999;52(4):251-5.
 75. First MB, Frances A, Pincus HA. Manual de diagnóstico diferencial do DSM-IV-TR TM. Porto Alegre: Artmed; 2004.
 76. Schilder P. The image and appearance of the human body. London: Trubner and Co.; 1935.
 77. Macgregor FC. Patient dissatisfaction with results of technically satisfactory surgery. *Aesthet Plast Surg*. 1981;5(1):27-32.
 78. Napoleon A, Lewis CM. Psychological considerations in lipoplasty: the problematic or “special care” patient. *Ann Plast Surg*. 1989;23(5):430-2.
 79. Chaoaut M, Levan P, Lalanne B, Buisson T, Nivolau P, Mimoun M. Abdominal dermolipectomies: early postoperative complications and long-term unfavorable results. *Plast Reconstr Surg*. 2000;106(7):1614-8. [Discussion 1619-23].
 80. Grossbart TA, Sarwer DB. Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. *Semin Cutan Med Surg*. 2003;22(2):136-47.
 81. Simis KJ, Verhulst FC, Koot HM. Body image, psychosocial functioning, and personality: how different are adolescents and young adults applying for plastic surgery? *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(5):669-78.
 82. Pitanguy I, Caldeira AML, Almeida CC, Alexandrino A. Algumas considerações históricas, filosóficas e psicossociais. *Rev Bras Cir*. 1982;72(6):390-402.
 83. Harris DL, Carr AT. The Derriford Appearance Scale (DAS59): a new psychometric scale for the evaluation of patients with disfigurements and aesthetic problems of appearance. *Br J Plast Surg*. 2001;54(3):216-22.
 84. Hill G, Silver AG. Psychodynamic and esthetic motivations for plastic surgery. *Psychosom Med*. 1950;12(6):345-55.

-
85. Deaton AV, Langman MI. The contribution of psychologists to the treatment of plastic surgery patients. *Prof Psychol: Res Pract.* 1986;17(3):179-84.
 86. Cook SA, Rosser R, Toone H, James MI, Salmon P. The psychological and social characteristics of patients referred for NHS cosmetic surgery: quantifying clinical need. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59(1):54-64.
 87. Dunofsky M. Psychological characteristics of women who undergo single and multiple cosmetic surgeries. *Ann Plast Surg.* 1997 Sep; 39(3):223-8. [Commentary *Ann Plast Surg.* 1998;40(3):309-10].
 88. Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(4):1229-37.
 89. Kneser, VU, Jaeger K, Bach AD, Polykandriotis E, Ohnolz J, Kopp J, Horch RE. Das neue Leben mit der kleineren Brust. *MMW Fortschr Med.* 2004;146(42):36-8, 40.
 90. Cook SA, Rosser R, Salmon P. Is cosmetic surgery an effective psychotherapeutic intervention? a systematic review of the evidence. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59(11):1133-51.
 91. Bednar RL, Peterson SR. Self-esteem: paradoxes and contradictions. In: Bednar RL, Peterson SR. *Self-esteem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice.* 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 1995. p. 1-17.
 92. Mohl PC. Psychiatric consultation in plastic surgery: the psychiatrist's perspective. *Psychosomatics.* 1984;25(6):471, 474-6.
 93. Ware JE, Jr, Gandek B, Kosinski M, Aaronson NK, Apolone G, Brazier J, Bullinger M, Kaasa S, Leplège A, Prieto L, Sullivan M, Thunel K. The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):1167-70.
 94. Ware JE, Kosinski M. Interpreting SF-36 summary health measures: a response. *Quality Life Res.* 2001;10:405-13.

-
95. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2004;19(1):41-52.
 96. Nicodemo, D. Escala de auto-estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM, Self-Report Questionnaire-20 e Short-Form-36 em pacientes classe III submetidos à cirurgia ortognática [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2005.
 97. Serretti A, Olgiati P, Colombo C. Components of self-esteem in affective patients and non-psychiatric controls. *J Affective Disord*. 2005;88:93-8.
 98. O'Blenes CAE, Delbridge CL, Miller BJ, Pantelis A, Morris SF. Prospective study of outcomes after reduction mammoplasty: long-term follow-up. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(2):351-8.
 99. Ghaderi A, Scott B. The reliability and validity of the Swedish version of the Body Shape Questionnaire. *Scand J Psychol*. 2004;45:319-24.
 100. Rousseau A, Knotter A, Barbe P, Raich R, Chabrol H. Validation of the French version of the Body Shape Questionnaire. *Encephale*. 2005;31(2):162-73.
 101. Cordas TA, Castilho S. Imagem corporal nos transtornos alimentares - instrumento de avaliação: "Body Shape Questionnaire". *Psiquiat Biol*. 1994;2(1):17-21.
 102. Moreira LAC, Azevedo ABG, Queiroz D, Moura L, Espírito Santo D, Cruz R, Soledade A, Cunha L, Oliveira IR. Body image in a sample of undergraduate medical students from Salvador, Bahia, Brazil. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54(4):294-7.
 103. Kakeshita IS, Almeida SS. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):497-504.
 104. Terry PC, Lane AM, Warren L. Eating attitudes, body shape perception and mood of elite rowers. *J Sci Med Sport*. 1999;2(1):67-77.

-
105. Serifovic S, Dinnel DL, Sinanovic O. Body dissatisfaction: how is it related to stress and one's perception of individual and cultural ideal body? A comparison of Bosnian and American university students. *Bosn J Basic Med Sci.* 2005;5(1):27-33.
 106. Miller BJ, Morris SF, Sigurdson LL, Bendor-Samuel RL, Brennan M, Davis G, Paletz JL. Prospective study of outcomes after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115(4):1025-31.
 107. Nahas FX, Augusto SM, Ghelfond C. Nylon versus polydioxanone in the correction of rectus diastasis. *Plast Reconstr Surg.* 2001;107(3):700-6.
 108. Gökyildiz S, Beji N. The Effects of Pregnancy on Sexual Life. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(3):201-15.
 109. Pitanguy I. Abdominoplastias. *Hospital.* 1967;71(6):1541-56.
 110. Pitanguy I, Yábar AC, Pires CEB, Matta SR. Aspectos atuais em lipectomia abdominal. *Rev Bras Cir.* 1974;64(5/6):149-58.
 111. de Jong RH. Body mass index: risk predictor for cosmetic day surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108(2):556-61. [Discussion 562-3].
 112. Jorge MR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
 113. van den Berg P, Wertheim EH, Thompson JK, Paxton SJ. Development of body image, eating disturbance and general psychological functioning in adolescent females: a replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *Int J Eat Disord.* 2002;32(1):46-51.
 114. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2001;42(6):504-10.

-
115. Bellino S, Zizza M, Paradiso E, Rivarossa A, Fulcheri M, Bogetto F. Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):73-8.
 116. Flageul G, Elbaz JS, Karcenty B. Les complications de la chirurgie plastique de l'abdomen. *Ann Chir Plast Esthet.* 1999;44(4):497-505.
 117. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
 118. Massad E, Ortega NRS, Silveira PSP, Menezes RX. Métodos quantitativos em medicina. São Paulo: Manole; 2004.
 119. Davanço RAS. Qualidade de vida e auto-estima no tratamento cirúrgico da ginecomastia [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2004.
 120. Ablá LEF. Qualidade de vida e auto-estima em pacientes submetidos à mastoplastia de aumento [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2002.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Ferreira LM. A cirurgia plástica no contexto multidisciplinar e perspectivas futuras [editorial]. Rev Assoc Med Bras. 1995;41(4):257-8.

Horowitz LM. The self-image and interpersonal processes. In: Horowitz LM. Interpersonal foundations of psychopathology. Washington, DC: American Psychological Association; 2004. p. 81-100.

Israel AC, Ivanova MY. Global and dimensional self-esteem in preadolescent and early adolescent children who are overweight: age and gender differences. Int J Eat Disord. 2002;31:424-9.

Jorge RTB. Versão brasileira do “Body Dysmorphic Disorder Examination” [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2006.

Kosinski M, Keller SD, Hatoum HT, Kong SX, Ware JE, Jr. The SF-36 health survey as a generic outcome measure in clinical trials of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. Med Care. 1999;37(5):MS10-MS22.

Mühlbauer W, Holm C, Wood DL. The thesites complex in plastic surgical patients. Plast Reconstr Surg. 2001;107(2):319-26.

Pruzinsky T. Who chooses to undergo reconstructive surgery? empirically confirming the subjectivity and social basis of body image [commentary]. J Burn Care Rehabil. 1997 ;18(4):372-4.

Tesser A. Self-esteem. In: Kazdin AE, editor. Encyclopedia of psychology. New York: Oxford University Press; 2000. v.7. p. 213-5.

Thompson KJ, editor. Body image, eating disorders, and obesity: an integrative guide for assessment and treatment. Washington, DC: APA; 1996.

Veiga DF, Sabino Neto M, Garcia EB, Veiga Filho J, Juliano Y, Ferreira LM, Rocha JL. Evaluations of the aesthetic results and patient satisfaction with the late pedicled TRAM flap breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2002;48(5):515-20.

Widgerow AD, Chait LA. Aesthetic perspectives regarding physically and mentally challenged patients. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(6):2251-4. [Discussion 2255-6].

Wilpert B. On environments of quality of life [conclusion]. *Rev Eur Psychol Appl.* 2006;56(1):71-2.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

Bireme. **DeCS**: descritores em ciências da saúde [citado em 01 abr 2006]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

Houaiss A. Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa (CDROOM). São Paulo: Objetiva; 2002.

Ferreira LM, coordenador, Goldenberg S, Nahas FX, Ely PB, organizadores.

Orientação normativa para elaboração e apresentação de teses. São Paulo: CEDCT; 2006.

SUMMARY

SUMMARY

INTRODUCTION: The purpose of abdominoplasty is to restore the contour of the abdomen. The aim of this study is to evaluate the body image, self-esteem and quality of life in patients who were undergone abdominoplasty. **METHODS:** Forty female, aged between 25 and 60, BMI between 19 and 30kg/m², with abdominal deformities types III and A as classified by NAHAS were divided into two groups: Study Group with 25 patients who were undergone abdominoplasty, and Control Group with 15 patients, without surgical intervention. Three questionnaires were applied: the BSQ, Self-esteem Scale ROSENBERG/UNIFESP-EPM, and SF-36 during the pre and postoperative period from one to six months (Study Group); and in the preoperative and after six months (Control Group). **RESULTS:** The study was completed with 39 patients. In the Study Group (24 patients), abdominoplasty had a positive impact in the first post-operative month, and at the sixth postoperative month. There was statistically significant difference in the total values and in the subscales (BSQ), in the self-esteem (ROSENBERG/UNIFESP-EPM) and in the mental health aspect domains (SF-36). Physical, emotional roles and vitality domains (SF-36) showed statistically significant difference only in the first postoperative month. All other dimensions showed no statistically significant differences. The Control Group did not show statistical significance in all the BSQ, self-esteem (ROSENBERG/UNIFESP-EPM), and SF-36 domains, except in the vitality domain. There was no statistically significant difference in any of the domains, when both groups were compared after the period of

six months, except for the comparative perception of the body image subscale (BSQ).

CONCLUSION: Abdominoplasty improved body image, self-esteem and mental health.

KEYWORDS: 1. Plastic Surgery 2. Abdominal Wall 3. Self Concept 4. Body Image
5. Quality of Life.

APÊNDICES

PROTOCOLO DE DATOS DEMOGRÁFICOS

PROTOCOLO DE DADOS DEMOGRÁFICOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME:		IDADE:	
DATA DE NASCIMENTO:		GÊNERO: Feminino	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva			
ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> Ensino Primário <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior			
PROFISSÃO:			
TELEFONES PARA CONTATO:			
DADOS PESSOAIS			
GESTAÇÕES: G ____ P ____ A ____	PARTO NATURAL:	CESÁRIA:	ANO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO:
DOENÇAS:			
USO ATUAL DE MEDICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? 			
CIRURGIAS PRÉVIAS:			
ALTURA:	PESO ATUAL:	IMC:	
TEMPO DE DECISÃO PARA REALIZAR ESTA CIRURGIA: <input type="checkbox"/> MAIS DE UM ANO <input type="checkbox"/> UM ANO			
EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CIRURGIA : O que espera desta cirurgia, o quanto é importante para a sua vida? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> (1) Muito [Altas] (2) Moderadamente (3) Pouco </div>			
DATA DA CIRURGIA – ABDOMINOPLASTIA:			

***TABELA 1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA,
SEGUNDO IDADE, IMC E NÚMERO DE GESTAÇÕES***

TABELA 1. Descrição da Amostra, Segundo Idade, IMC e Número de Gestações

DESCRIÇÃO DA AMOSTRA, SEGUNDO IDADE, IMC E NÚMERO DE GESTAÇÕES			
GRUPO	IDADE (anos)	IMC (kg/cm²)	
ESTUDO n=24	Mínima	26	19,62
	Máxima	50	27,27
	Média e Desvio padrão	34 (±7)	23 (±2)
CONTROLE n=15	Mínima	30	19,00
	Máxima	46	25,56
	Média e Desvio padrão	36 (±4)	23 (±2)
	Número de Gestações	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
ESTUDO	1	3	13
	2	12	50
	3	4	17
	4	5	21
	5	0	0
CONTROLE	1	1	7
	2	5	33
	3	8	53
	4	0	0

***TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA,
SEGUNDO AS VARIÁVEIS DE TEMPO NA DECISÃO E
GRAU DE EXPECTATIVA EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO***

TABELA 2. Distribuição da Amostra, Segundo as Variáveis de Tempo na Decisão e Grau de Expectativa em Relação à Intervenção

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO AS VARIÁVEIS DE DECISÃO E EXPECTATIVA EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO					
GRUPO	Tempo de decisão		Expectativa		
	Frequência Relativa (%)		Frequência Relativa (%)		
	1 ano	> 1 ano	Alta	Moderada	Baixa
ESTUDO n=24	21	79	54	33	13
CONTROLE n=15	27	73	20	67	13

***TABELA 6. DADOS DEMOGRÁFICOS E VALORES
INDIVIDUAIS DOS QUESTIONÁRIOS SF-36, AE.***

Dados demográficos e valores individuais do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (Pré-operatório)

Grupo Estudo	Estado Civil	Decisão	Expectativa	Escolaridade	Gestações	Idade	IMC	CF PRÉ	AF PRÉ	DOR PRÉ	EGS PRÉ	VIT PRÉ	AS PRÉ	AE PRÉ	SM PRÉ
1	Casada	> 1 ano	1	Fund.	3	32	25,23	95	100	100	100	95	100	100	88
2	Casada	> 1 ano	2	Fund.	4	29	22,66	100	100	72	77	75	87,5	100	84
3	Casada	> 1 ano	1	Ens. Médio	4	41	19,62	100	100	61	90	95	100	100	88
4	Casada	> 1 ano	1	Sup.	1	29	24,90	100	100	100	100	80	100	100	92
5	Casada	> 1 ano	1	Fund.	3	27	22,37	100	100	62	100	75	100	100	72
6	Casada	> 1 ano	3	Fund.	2	38	21,77	100	100	100	77	60	100	100	88
7	Casada	> 1 ano	1	Fund.	2	34	21,67	80	100	100	67	85	100	100	84
8	Solteira	> 1 ano	3	Ens. Médio	2	29	24,49	80	100	64	92	60	62,5	33,3	52
9	Casada	> 1 ano	1	Fund.	4	32	25,92	95	100	84	77	25	62,5	100	48
10	Casada	> 1 ano	1	Ens. Médio	2	28	24,03	100	100	64	87	65	87,5	100	72
11	Solteira	> 1 ano	2	Fund.	4	36	20,70	100	100	100	87	80	0	100	40
12	Solteira	> 1 ano	2	Ens. Médio	2	26	24,97	40	50	74	72	40	75	100	44
13	Divorçada	> 1 ano	1	Ens. Médio	1	35	21,54	100	100	61	100	75	50	100	76
14	Casada	> 1 ano	1	Sup.	2	38	20,19	85	25	74	82	25	50	33,3	44
15	Casada	> 1 ano	2	Ens. Médio	3	32	22,22	100	100	100	100	100	100	100	92
16	Casada	> 1 ano	2	Sup.	2	50	23,66	100	100	84	100	85	100	100	84
17	Casada	> 1 ano	1	Ens. Médio	2	40	24,60	100	100	100	67	70	100	100	64
18	Casada	> 1 ano	1	Sup.	2	35	25,07	100	100	100	87	70	62,5	33,3	40
19	Casada	> 1 ano	2	Fund.	4	36	27,27	100	100	100	100	85	100	100	68
20	Casada	> 1 ano	3	Fund.	3	50	22,95	90	50	64	77	70	62,5	0	60
21	Casada	> 1 ano	1	Ens. Médio	2	26	21,64	70	50	90	62	55	50	0	52
22	Divorçada	> 1 ano	2	Sup.	1	38	22,83	15	25	41	42	20	62,5	33,3	64
23	Casada	> 1 ano	2	Ens. Médio	2	38	26,34	70	100	62	72	55	50	33,3	36
24	Casada	> 1 ano	1	Ens. Médio	2	30	23,23	95	100	100	95	100	100	66,6	100
25	Casada	> 1 ano	1	Ens. Médio	1	26	21,48	95	100	84	87	70	100	100	76

**Dados demográficos e valores individuais do Questionário de
Qualidade de vida SF-36 (Pré-operatório)**

Grupo Controle	Estado Civil	Decisão	Expectativa	Escolaridade	Gestações	Idade	IMC	CF PRÉ	AF PRÉ	DOR PRÉ	EGS PRÉ	VIT PRÉ	AS PRÉ	AE PRÉ	SM PRÉ
1	Casada	> 1 ano	2	Ens. Médio	3	36	21,76	100	100	80	67	75	50	33,3	84
2	Solteira	1 ano	1	Fund.	2	35	19,83	45	100	51	62	75	75	100	92
3	Vívia	> 1 ano	3	Ens. Médio	3	37	24,77	95	100	100	97	85	100	100	84
4	Casada	> 1 ano	1	Ens. Médio	3	31	23,14	95	100	51	97	50	62,5	66,6	72
5	Casada	> 1 ano	2	Ens. Médio	5	39	21,55	100	100	100	60	90	100	100	96
6	Casada	> 1 ano	2	Fund.	3	37	25,00	90	100	84	67	50	75	100	76
7	Vívia	> 1 ano	2	Ens. Médio	3	46	25,56	95	75	51	80	65	100	100	92
8	Casada	1 ano	2	Fund.	3	33	23,11	95	50	100	65	45	75	100	24
9	Casada	> 1 ano	2	Sup.	2	32	24,60	95	0	41	52	35	25	0	36
10	Solteira	> 1 ano	1	Ens. Médio	2	30	19,00	100	100	41	87	60	75	100	68
11	Casada	1 ano	3	Ens. Médio	3	40	24,55	100	100	100	100	80	100	100	88
12	Casada	> 1 ano	2	Ens. Médio	2	33	25,00	100	100	72	97	80	100	100	88
13	Divorciada	> 1 ano	2	Sup.	3	38	25,46	100	100	100	82	70	62,5	33,3	84
14	Casada	1 ano	2	Ens. Médio	2	31	19,00	100	100	100	100	80	100	100	72
15	Casada	> 1 ano	2	Sup.	1	40	23,23	100	100	100	95	65	87,5	33,3	76

Valores individuais do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (Após seis meses) e Escala de Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM (Pré-operatório e após seis meses)

Grupo Controle	CF 6 MESES	AF 6 MESES	DOR 6 MESES	EGS 6 MESES	VT 6 MESES	AS 6 MESES	AE 6 MESES	SM 6 MESES	AE PRÉ	AE 6 MESES
1	100	100	84	97	100	100	100	96	13	7
2	70	75	52	37	80	87,5	100	76	10	11
3	100	100	100	97	80	87,5	100	84	5	6
4	100	100	72	97	60	87,5	100	80	7	6
5	100	100	100	100	100	100	100	100	6	9
6	85	100	72	72	55	87,5	100	88	12	13
7	65	25	84	77	65	87,5	66,6	72	10	6
8	85	75	100	75	55	62,5	100	24	18	16
9	70	0	51	67	40	25	0	40	14	16
10	95	100	41	82	80	62,5	33,3	76	14	12
11	100	100	62	97	80	100	100	92	5	8
12	100	100	84	100	85	100	100	100	1	0
13	100	100	84	87	80	75	66,6	76	4	0
14	100	100	84	95	70	100	100	88	13	11
15	95	100	74	100	70	87,5	66,6	72	0	0

***TABELA 7. VALORES INDIVIDUAIS DO
QUESTIONÁRIO DA IMAGEM CORPORAL (BSQ)
VALORES TOTAIS E SUBESCALAS***

Valores Individuais do Questionário da Imagem Corporal (BSQ) valores totais e subescalas - (Pré-operatório, 1M e 6M)

Grupo Estudo	PRÉ		1M		6M		Autopercepção				Percepção Comparativa da Imagem Corporal (Constangimento)				Altitude em relação à alteração da Imagem Corporal (comportamento)				Alterações Graves			
	BSQ	Qual	BSQ	Qual	BSQ	Qual	PRÉ	1M	6M	BSQ	Qual	PRÉ	1M	6M	BSQ	Qual	PRÉ	1M	6M	BSQ	Qual	
1	61	Nenhuma	52	Nenhuma	57	Nenhuma	41	40	45	11	5	5	5	5	2	2	2	2	2	2	2	
2	114	Leve	73	Nenhuma	121	Leve	79	56	95	24	11	14	10	10	4	3	3	3	3	3	3	
3	102	Nenhuma	40	Nenhuma	44	Nenhuma	66	27	29	21	6	8	9	5	5	2	2	2	2	2	2	
4	142	Moderada	79	Nenhuma	38	Nenhuma	110	63	26	30	7	5	5	5	perda	perda	perda	perda	perda	perda	perda	
5	101	Nenhuma	53	Nenhuma	68	Nenhuma	54	35	50	28	7	11	15	7	7	4	4	4	4	4	4	
6	100	Nenhuma	45	Nenhuma	40	Nenhuma	68	31	26	18	5	5	12	7	6	2	2	2	2	2	2	
7	121	Leve	81	Nenhuma	63	Nenhuma	85	61	45	22	9	8	12	8	3	3	3	3	3	3	3	
8	130	Leve	61	Nenhuma	50	Nenhuma	80	43	37	21	8	6	10	8	5	8	2	2	2	2	2	
9	110	Nenhuma	89	Nenhuma	81	Nenhuma	82	68	60	19	15	11	7	6	7	2	2	2	2	2	3	
10	132	Leve	95	Nenhuma	84	Nenhuma	84	79	62	21	9	14	20	9	5	7	2	2	3	3	3	
11	96	Nenhuma	102	Nenhuma	71	Nenhuma	67	66	45	15	18	11	9	13	7	5	5	5	5	5	5	
12	131	Leve	56	Nenhuma	95	Nenhuma	86	30	64	25	14	18	14	5	6	6	7	7	7	7	7	
13	106	Nenhuma	57	Nenhuma	82	Nenhuma	80	43	57	16	6	14	8	6	8	2	2	2	2	2	3	
14	165	Moderada	136	Leve	95	Nenhuma	115	102	72	30	15	12	16	13	7	4	9	4	4	4	4	
15	122	Leve	73	Nenhuma	81	Leve	93	58	59	15	7	11	11	6	7	3	2	2	4	4	4	
16	129	Leve	103	Nenhuma	127	Nenhuma	93	85	97	15	8	14	14	7	11	7	3	5	5	5	5	
17	114	Leve	78	Nenhuma	89	Nenhuma	84	59	64	21	12	17	7	5	6	2	2	2	2	2	2	
18	166	Moderada	65	Nenhuma	48	Nenhuma	116	51	36	25	7	5	19	5	5	6	2	2	2	2	2	
19	145	Moderada	123	Leve	148	Moderada	92	91	108	30	15	21	22	9	10	7	8	9	9	9	9	
20	154	Moderada	47	Nenhuma	35	Nenhuma	110	34	23	24	5	5	15	5	5	5	3	2	2	2	2	
21	142	Moderada	83	Nenhuma	86	Nenhuma	95	63	65	24	8	8	16	7	8	7	5	5	5	5	5	
22	162	Moderada	86	Nenhuma	106	Nenhuma	114	63	85	24	11	12	19	9	6	5	3	3	3	3	3	
23	134	Leve	96	Nenhuma	71	Nenhuma	107	88	59	9	5	5	15	5	5	2	2	2	2	2	2	
24	110	Nenhuma	51	Nenhuma	72	Nenhuma	90	39	59	11	5	5	5	5	4	4	2	2	2	2	2	

**Valores Individuais do Questionário da Imagem Corporal (BSQ)
valores totais e subescalas - (Pré-operatório, 6M)**

Grupo Controle	PRÉ BSQ		6M BSQ		Autopercepção		Percepção Comparativa da Imagem Corporal (Constrangimento)		Atitude em relação à alteração da Imagem Corporal (comportamento)		Alterações Graves	
	PRÉ	BSQ	6M	BSQ	PRÉ	6M	PRÉ	6M	PRÉ	6M	PRÉ	6M
1	92	Nenhuma	58	Nenhuma	67	36	17	13	6	5	4	4
2	65	Nenhuma	70	Nenhuma	41	43	14	16	7	8	3	3
3	125	Leve	127	Leve	98	97	17	20	7	6	4	4
4	139	Moderada	84	Nenhuma	95	61	18	11	20	9	6	3
5	105	Nenhuma	130	Leve	71	85	23	26	8	15	3	4
6	99	Nenhuma	102	Nenhuma	61	65	20	22	14	11	4	4
7	72	Nenhuma	105	Nenhuma	50	71	10	14	7	11	2	6
8	136	Leve	192	Grave	92	132	19	26	17	22	8	12
9	122	Leve	152	Moderada	86	109	18	22	12	15	6	6
10	109	Nenhuma	110	Nenhuma	68	66	25	27	15	13	2	2
11	81	Nenhuma	91	Nenhuma	57	70	13	14	9	6	2	3
12	91	Nenhuma	72	Nenhuma	66	53	14	11	9	6	2	2
13	81	Nenhuma	68	Nenhuma	65	52	9	8	5	5	2	3
14	127	Leve	112	Leve	98	83	20	21	7	6	2	2
15	71	Nenhuma	72	Nenhuma	50	52	14	13	5	5	2	2

BOX-PLOT DAS FIGURAS 14, 15, 16, 17

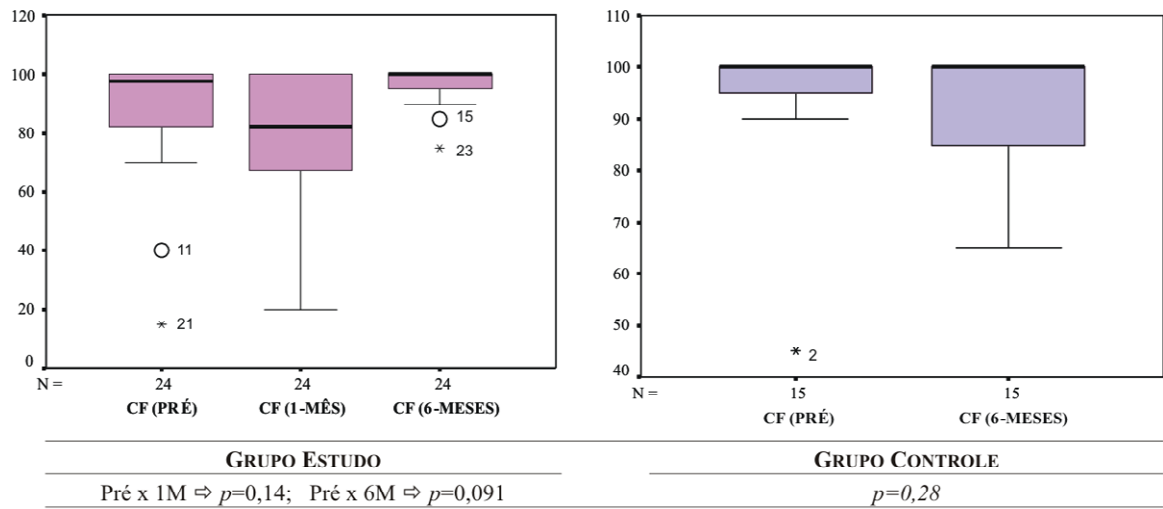


FIGURA 14. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio capacidade funcional (SF-36)

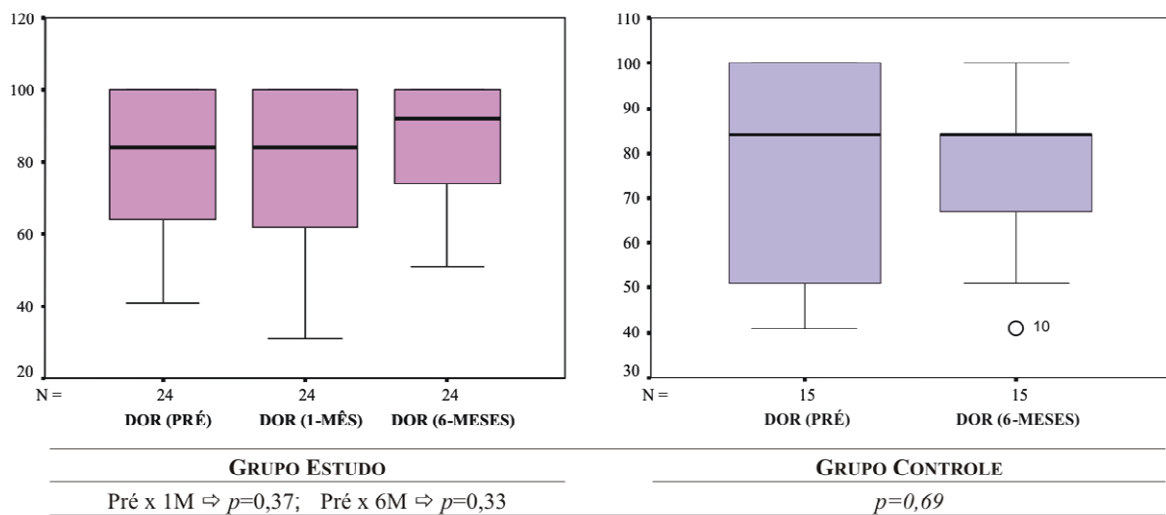
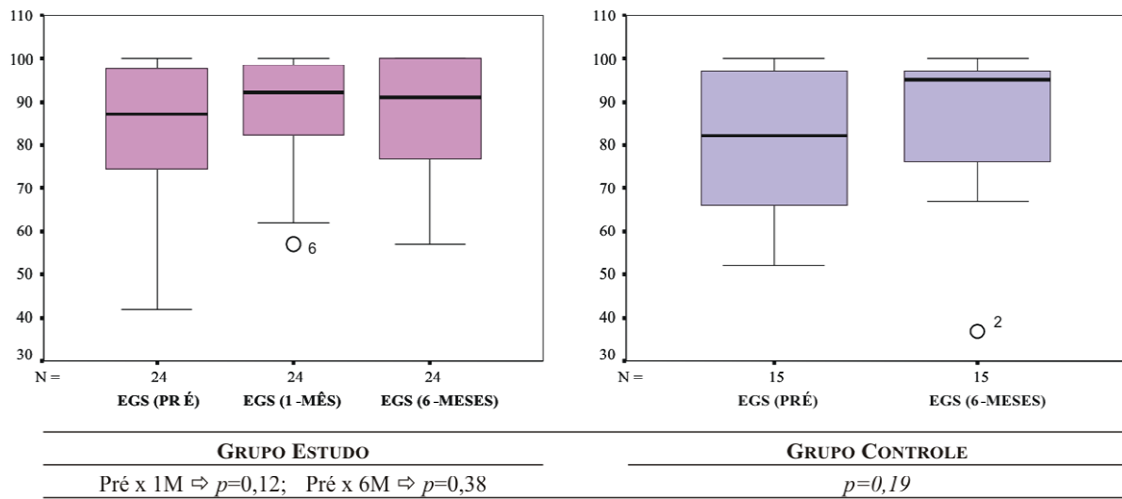
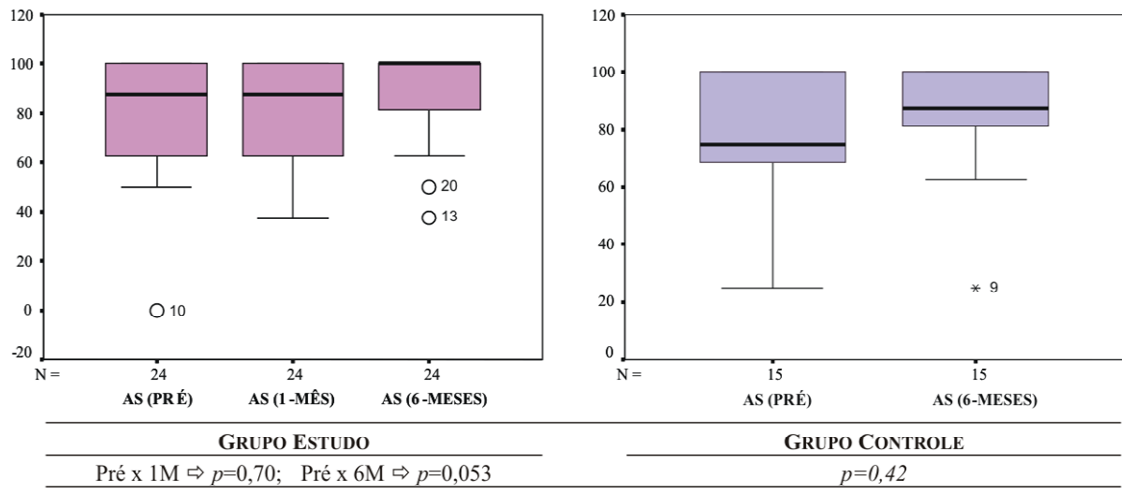


FIGURA 15. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio dor (SF-36)



Teste dos sinais de Wilcoxon para dados pareados

FIGURA 16. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio estado geral de saúde (SF-36)



Teste dos sinais de Wilcoxon para dados pareados

FIGURA 17. Comparação das diferenças nos Grupo Estudo e Grupo Controle do domínio aspectos sociais (SF-36)

ANEXOS

***FOLHA DE APROVAÇÃO DO
PROTOCOLO CEP 1153/05***



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 25 de novembro de 2005.
CEP 1153/05

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO ROCHA

Co-Investigadores: Lydia Masako Ferreira; Fabio Xerfan Nahas; Marcus Vinicius Jardini Barbosa; Alexandro Kimura

Disciplina/Departamento: Cirurgia Plástica/Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "**Qualidade de vida, imagem corporal e auto-estima em mulheres submetidas à abdominoplastia**".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo clínico observacional de comportamento educacional.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, desconforto mínimo, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Avaliar a qualidade de vida, a imagem corporal e a auto-estima em mulheres submetidas à abdominoplastia..

RESUMO: Serão estudadas 20 pacientes do sexo feminino, com idade entre 25 e 65 anos, com IMC entre 19 e 30 que apresentem deformidade na parede abdominal classificada como tipo III de Nahas. Estas pacientes serão submetidas à abdominoplastia clássica no Hospital São Paulo Serão aplicados três testes: um genérico (questionário de qualidade de vida "Short Form 36") e dois específicos (questionário da imagem corporal "Body Shape Questionnaire" e escala de auto-estima Rosenberg). Estes procedimentos serão realizados no período pré-operatório e pós-operatório de um mês e seis meses. Os dados serão analisados estatisticamente através do método Friedman..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Importante a aplicação de testes, validados, para quantificar dados objetivos em relação à satisfação dos pacientes em cirurgia plástica..

MATERIAL E MÉTODO: descritos e apresentados os instrumentos de coletas de dados.

TCLE: adequado de acordo com a Res 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: sem financiamento externo R\$ 220,00.

CRONOGRAMA: 12 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 20/11/2006 e 15/11/2007.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

RECOMENDAÇÃO:

Favor solicitar aos pacientes que assinem o termo de responsabilidade referente à cirurgia propriamente dita, para garantir ao pesquisador que eles estejam cientes que a pesquisa será o questionário e não a cirurgia

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

CARTA DE INFORMAÇÃO

CARTA DE INFORMAÇÃO

Este projeto tem como título “Imagem Corporal, Auto-Estima e Qualidade de vida em Mulheres submetidas à Abdominoplastia”. Estas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo, cujo objetivo é avaliar a imagem corporal, a auto-estima e a qualidade de vida, em mulheres que passam por esta intervenção cirúrgica: abdominoplastia.

Para isso, serão auto-aplicados três questionários sobre imagem corporal (*BSQ*), auto-estima (Escala de Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM) e qualidade de vida (*SF-36*), no pré e no pós-operatório de um mês e seis meses.

Se após seis meses na lista de espera não tiver sido submetida à cirurgia plástica, responderá novamente aos três questionários.

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Botucatu, 572 - 1º andar, conj. 14, tel. 5571-1062, fax 5539-7162. Em qualquer etapa do estudo, terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a psicóloga Maria José Azevedo de Brito Rocha que pode ser encontrada na rua Napoleão de Barros, 715 - tel. 55764065 - e-mail: <mariajbrito@hotmail.com>.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição. Tem o direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais das pesquisas ou de resultados que sejam do conhecimento da pesquisadora. Não há benefício direto para o participante. Trata-se de um estudo, testando uma hipótese —

Qual o impacto da abdominoplastia na imagem corporal, na auto-estima e na qualidade de vida, destas pacientes. Portanto, somente no final do estudo, poder-se-á concluir a presença de algum benefício. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo; também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhuma paciente.

***TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
(LIVRE E ESCLARECIDO)***

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (LIVRE E ESCLARECIDO)

Eu, _____,
portador do R.G. nº _____, após ter sido esclarecida pela pesquisadora Maria José Azevedo de Brito Rocha a respeito do projeto de pesquisa acima referido, concordo em participar voluntariamente deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário.

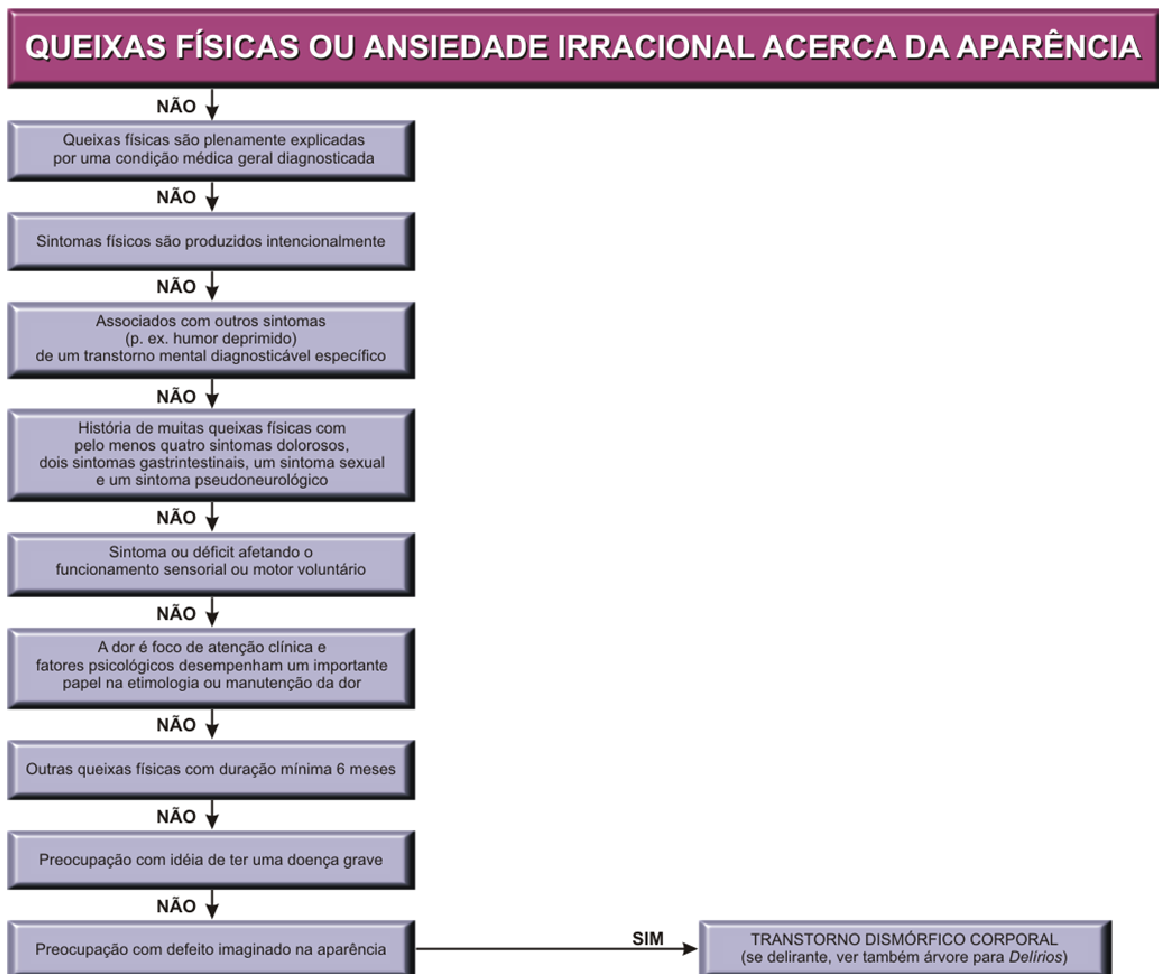
DATA ____ / ____ / ____ . ASSINATURA DO PACIENTE

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido desta paciente para a participação neste estudo.

DATA ____ / ____ / ____
MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO ROCHA
PSICÓLOGA - CRP 06/70424

ALGORITMOS

ALGORITMO PARA QUEIXAS FÍSICAS OU ANSIEDADE IRRACIONAL ACERCA DA APARÊNCIA



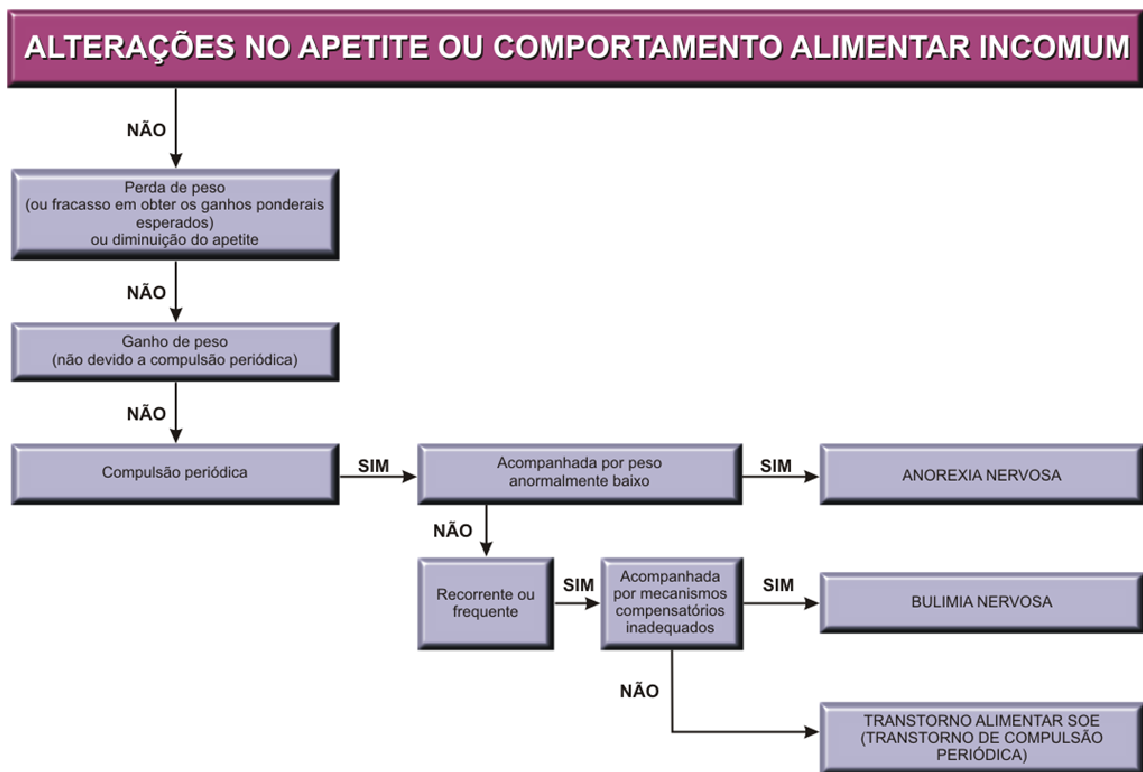
FONTE: Adaptado pelo pesquisador de FIRST, FRANCES, PINCUS (2004)⁷⁵.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Transtorno Disfórmico Corporal deve ser diferenciado de...	Em comparação com o Transtorno Disfórmico Corporal, a outra condição...
Preocupações normais sobre a aparência	Não envolve preocupações que consomem tempo excessivo ou que causam sofrimento ou prejuízo acentuado.
Transtornos Alimentares	Caracteriza-se por preocupações limitadas a forma e peso corporal. O transtorno Dismórfico Corporal não é diagnosticado se a preocupação for mais bem explicada por Transtorno Alimentar.
Transtorno da Identidade de Gênero	Requer preocupações limitadas a características sexuais primárias ou secundárias. O Transtorno Disfórmico Corporal não é diagnosticado se a preocupação for mais bem explicada por Transtorno da Identidade de Gênero.
Episódio Depressivo Maior, Transtorno da Personalidade Esquiva, Fobia Social	Pode incluir preocupações relacionadas à aparência física como um aspecto associado que não justifica um diagnóstico independente. O Transtorno Disfórmico Corporal não é diagnosticado se a preocupação for melhor explicada por outro transtorno mental.
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	Caracteriza-se por pensamentos e comportamentos intrusivos não limitados a preocupações sobre a aparência.
Transtorno Delirante, Tipo Somático	Tem como característica preocupações mantidas com intensidade delirante. O Transtorno Disfórmico Corporal pode ainda ser diagnosticado mesmo se a preocupação for de intensidade delirante.
Transtorno da Personalidade Histriônica, Transtorno da Personalidade Narcisista	Caracteriza-se por preocupação com a aparência que não envolve defeitos específicos.

FONTE: FIRST, FRANCES, PINCUS (2004)⁷⁵.

ALGORITMO PARA ALTERAÇÕES DO APETITE OU COMPORTAMENTO ALIMENTAR INCOMUM



FONTE: Adaptado pelo pesquisador de FIRST, FRANCES, PINCUS (2004)⁷⁵.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA ANOREXIA NERVOSA

Anorexia Nervosa deve ser diferenciada de...	Em comparação com a Anorexia Nervosa, a outra condição...
Perda de peso em condições médicas gerais (p. ex., neoplasias, infecções, condições metabólicas ou endócrinas)	Não apresenta o requisito de distorção da imagem corporal e medo intenso de engordar; é freqüentemente acompanhada por perda do apetite; inclui sinais, sintomas ou achados laboratoriais característicos da condição médica geral.
Bulimia Nervosa	Não exige peso baixo. A Bulimia Nervosa pode ser diagnosticada apenas quando os critérios para Anorexia Nervosa não são satisfeitos. Quando os critérios são satisfeitos para ambas, Anorexia Nervosa, Tipo Comer Compulsivo/Purgação, é diagnosticada.
Perda de peso nos Transtornos Depressivos	Não há o requisito de medo intenso de engordar e inclui a presença de aspectos característicos (p. ex., humor depressivo, perda de interesse).
Comportamento alimentar incomum na Esquizofrenia	Não apresenta como característica o medo intenso de engordar, não é caracterizada por baixo peso e inclui características da esquizofrenia (p. ex., delírios delírios, alucinações, fala desorganizada).
Obsessões ou compulsões relacionadas à comida no Transtorno Obsessivo-Compulsivo	Não há o requisito de medo intenso de engordar, não é caracterizada por baixo peso e inclui obsessões e compulsões que não são limitadas a pensamentos ou comportamentos com relação a peso, alimentação ou comida.
Esquiva de comer em público na Fobia Social	Não apresenta o requisito de medo intenso de engordar e não é caracterizada por baixo peso.
Distorção da imagem corporal no Transtorno Dismórfico Corporal	Não apresenta o requisito de medo intenso de engordar e não é caracterizada por baixo peso.

FONTE: FIRST, FRANCES, PINCUS (2004)⁷⁵.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA BULIMIA NERVOSA

Bulimia Nervosa deve ser diferenciada de...	Em comparação com a Bulimia Nervosa a outra condição
Vômito ou diarreia nas condições médicas gerais ou com uso excessivo de substância	Tem como causa os efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou uso de substância.
Comer Compulsivo na Anorexia Nervosa	Requer peso abaixo de 85% do esperado. Anorexia Nervosa, Tipo Comer Compulsivo/Purgativo, é diagnosticada em vez de Bulimia Nervosa se o Comer Compulsivo ocorrer exclusivamente durante o curso da Anorexia Nervosa.
Comer em excesso nos Transtornos Depressivos	Não requer compulsões ou mecanismos compensatórios inadequados e inclui aspectos característicos (p. ex., humor deprimido, perda de interesse).
Comer Compulsivo no Transtorno da Personalidade <i>Borderline</i>	Não requer mecanismos compensatórios inadequados ou preocupação excessiva com forma e peso corporal e inclui aspectos característicos (p. ex., automutilação, relacionamentos instáveis).
Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (categoria proposta: transtorno do Comer Compulsivo)	Caracteriza-se por um Comer Compulsivo na ausência do uso regular de mecanismos compensatórios inadequados para neutralizar os efeitos da ingestão exagerada de alimentos.

FONTE: FIRST, FRANCES, PINCUS (2004)⁷⁵.

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

Responda as questões abaixo em relação a sua aparência nas últimas quatro semanas.

- 1) Sentir-se entediado(a) faz você se preocupar com sua forma física?

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

- 2) Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?

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

- 3) Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?

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

- 4) Você tem receio de que poderia engordar?

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

- 5) Você anda preocupado(a) por achar que seu corpo não é firme o suficiente?

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

- 6) Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?

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

- 7) Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?

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

- 8) Você já deixou de comer por achar que seu corpo poderia balançar?

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

- 9) Estar com pessoas magras do mesmo sexo faz você reparar em sua forma física?

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

- 10) Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você se senta?

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

- 11) Você já se sentiu gordo(a) mesmo após ingerir uma quantidade pequena de alimento?

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

- 12) Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?

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

- 13) Pensar em sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades como, por exemplo, assistir TV, ler ou acompanhar uma conversa?

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

14) Ao estar nú(a), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gordo(a)?

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

15) Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física?

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

16) Você já se pegou pensando em remover as partes mais carnudas de seu corpo?

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

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

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

18) Você já deixou de participar de eventos sociais por se sentir mal com relação a sua forma física?

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

19) Você se sente muito grande e arredondado?

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

20) Você sente vergonha do seu corpo?

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

21) A preocupação frente a sua forma física leva-o(a) a fazer dieta?

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

22) Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio?

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

23) Você acredita que sua forma física se deva a sua falta de controle?

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

24) Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?

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

25) Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras do que você?

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

26) Você já vomitou para se sentir mais magro(a)?

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

27) Quando acompanhado(a), você fica preocupado(a) por ocupar muito espaço (por exemplo, sentada(o) num sofá ou no banco de um ônibus)?

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

28) Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio de “dobras” ou “banhas”?

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

29) Ver seu reflexo (em um espelho ou em uma vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?

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

30) Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?

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

31) Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo, como em banheiros e vestiários?

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

32) Você já tomou laxantes para se sentir mais magro(a)?

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

33) Você fica mais preocupado(a) com sua forma física quando está em companhia de outras pessoas?

Nenhuma		Muito leve		Leve		Moderada		Grave		Muito grave	
	1		2		3		4		5		6

34) A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?

Nenhuma		Muito leve		Leve		Moderada		Grave		Muito grave	
	1		2		3		4		5		6

Foram considerados os seguintes escores para quantificar as preocupações com a imagem corporal:

- **NENHUMA PREOCUPAÇÃO** \Rightarrow quando a somatória é menor ou igual a 110 (que corresponde à média de pontos obtida na população não clínica estudada para a elaboração e validação do questionário, somada a um desvio padrão).
- **LEVE** \Rightarrow quando a somatória dos pontos é maior que 110 e menor ou igual a 138 (que equivale à faixa compreendida entre as somas de um e de dois desvios padrão à média de pontos da população estudada).
- **MODERADA** \Rightarrow quando a somatória é maior que 138 e menor ou igual a 167 (que corresponde à faixa entre a média da população estudada mais dois desvios padrão e a mesma média acrescida de três desvios padrão).
- **GRAVE** \Rightarrow quando a somatória dos pontos é maior que 167 (que corresponde aos valores maiores que a média da população acrescida de três desvios padrão).

**FATORES RESULTANTES DA ANÁLISE DO COMPONENTE
PRINCIPAL DO *BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)***

FATOR 1. AUTOPERCEÇÃO DA FORMA CORPORAL	
QUESTÕES	4, 2, 21, 17, 24, 28, 22, 23, 30, 14, 3, 6, 34, 16, 9, 5, 11, 10, 1, 33, 15, 19

FATOR 2. PERCEÇÃO COMPARATIVA DA IMAGEM CORPORAL	
QUESTÕES	31, 20, 29, 12, 25

FATOR 3. ATITUDE EM RELAÇÃO À ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL	
QUESTÕES	32, 26, 7, 18, 13

FATOR 4. ALTERAÇÕES INTENSAS DA PERCEÇÃO CORPORAL	
QUESTÕES	8, 27

***ESCALA DE AUTO-ESTIMA
ROSENBERG/UNIFESP-EPM***

ESCALA DE AUTO-ESTIMA ROSENBERG/UNIFESP-EPM

1. De uma forma geral (a pesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo(a).

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

2. Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

3. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

6. Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a). (Dar-me mais valor).

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

9. Quase sempre, estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) com relação a mim mesmo(a).

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

***MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM
SHORT FORM HEALTH SURVEY (SF-36)***

QUESTIONÁRIO GENÉRICO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE *SF-36*

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(Circule uma)

Excelente		Muito boa		Boa		Ruim		Muito ruim	
	1		2		3		4		5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(Circule uma)

Muito Melhor		Um pouco melhor		Quase a mesma coisa		Um pouco pior		Muito pior	
	1		2		3		4		5

3. Os seguintes itens sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(Circule uma em cada linha)

ATIVIDADES		Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a	Atividades Vigorosas, que exigem muito esforço como correr, levantar objetos pesados, praticar esportes árduos.	1	2	3
b	Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c	Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d	Subir vários lances de escada.	1	2	3
e	Subir um lance de escadas.	1	2	3
f	Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g	Andar mais de 1km.	1	2	3
h	Andar vários quarteirões.	1	2	3
i	Andar um quarteirão.	1	2	3
j	Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(Circule uma em cada linha)

		SIM	NÃO
a	Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b	Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c	Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d	Teve dificuldades para fazer seu trabalho ou outras atividades? (Necessitou de um esforço extra)	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(Circule uma em cada linha)

		SIM	NÃO
a	Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b	Realizou menos tarefas do que de gostaria?	1	2
c	Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado, como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(Circule uma)

De forma alguma		Ligeiramente		Moderadamente		Bastante		Extremamente	
	1		2		3		4		5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

(Circule uma)

Nenhuma		Muito leve		Leve		Moderada		Grave		Muito grave	
	1		2		3		4		5		6

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora quanto dentro de casa)?

(Circule uma)

De forma alguma		Ligeiramente		Moderadamente		Bastante		Extremamente	
	1		2		3		4		5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

(Circule um número para cada linha)

ATIVIDADES		Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a	Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c	Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d	Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e	Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f	Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g	Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i	Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(Circule uma)

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(Circule um número para cada linha)

		Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Efetivamente falsa
a	Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b	Eu sou saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço	1	2	3	4	5
c	Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d	Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ESCORE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY (SF-36) PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36						
QUESTÃO	PONTUAÇÃO					
1	1 = 5,0	2 = 4,4	3 = 3,4	4 = 2,0	5 = 1,0	
2	Soma Normal					
3	Soma Normal					
4	Soma Normal					
5	Soma Normal					
6	1 = 5,0	2 = 4,0	3 = 3,0	4 = 2,0	5 = 1,0	
7	1 = 6,0	2 = 5,4	3 = 4,2	4 = 3,1	5 = 2,2	6 = 1,0
8	Se 8 = 1 e 7 = 1 ----- 6 Se 8 = 1 e 7 = 2 a 6 ----- 5 Se 8 = 2 e 7 = 2 a 6 ----- 4 Se 8 = 3 e 7 = 2 a 6 ----- 3 Se 8 = 4 e 7 = 2 a 6 ----- 2 Se 8 = 5 e 7 = 2 a 6 ----- 1 Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1 = 6,0 2 = 4,75 3 = 3,5 4 = 2,25 5 = 1,0					
9	a, d, e, h = Valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6=1) Vitalidade = a+e+g+i Saúde Mental = b+c+d+f+h					
10	Soma Normal					
11	b, d = Valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1) a, c = Valores normais					

CÁLCULO DO ESCORE DOS COMPONENTES DO SF-36 (0 A 100)			
DOMÍNIO	QUESTÃO	LIMITES	SCORE RANGE
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10 - 30	20
Aspectos Físicos	4 (a+b+c+d)	4 - 8	4
Dor	7 + 8	2 - 12	10
Estado Geral de Saúde	1 + 11	5 - 25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4 - 24	20
Aspectos Sociais	6 + 10	2 - 10	8
Aspectos Emocionais	5 (a+b+c)	3 - 6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5 - 30	25

Raw Scale

$$\text{Item} = \frac{(\text{valor obtido} - \text{valor mais baixo}) \times 100}{\text{Valor}}$$

Ex: Capacidade Funcional = 21
Valor mais baixo = 10

$$\frac{(21 - 10) \times 100}{20} = 55$$

Dados perdidos: Se responder mais de 50%
deve-se substituir o valor pela média