



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

WEBER RIBOLLI MORAGAS

**Avaliação e sistematização do tratamento do paciente
em Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica: Análise
retrospectiva de 5 anos no Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Dissertação apresentada a
Faculdade de Medicina de Botucatu
da Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho” para
obtenção do título de Mestre pelo
Programa de Pós-graduação em
Medicina do Mestrado Profissional
associado a Residência Médica

Orientador: Prof. Dr. Aristides Augusto Palhares Neto

**Botucatu
2023**

WEBER RIBOLLI MORAGAS

**Avaliação e sistematização do tratamento do paciente
em Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica: Análise
retrospectiva de 5 anos no Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Dissertação apresentada a
Faculdade de Medicina de Botucatu
da Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho” para
obtenção do título de Mestre pelo
Programa de Pós-graduação em
Medicina do Mestrado Profissional
associado a Residência Médica

Orientador: Prof. Dr. Aristides Augusto Palhares Neto

**Botucatu
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA A. CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Moragas, Weber Ribolli.

Avaliação e sistematização do tratamento do paciente em cirurgia plástica pós-bariátrica : análise retrospectiva de 5 anos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu / Weber Ribolli Moragas. - Botucatu, 2023

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Aristides Augusto Palhares Neto
Capes: 40102017

1. Cirurgia bariátrica. 2. Cirurgia plástica. 3. Contorno corporal. 4. Redução de Peso.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica; Cirurgia plástica; Contorno corporal; Perda de peso.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Botucatu



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE WEBER RIBOLLI MORAGAS, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA, DA FACULDADE DE MEDICINA - CÂMPUS DE BOTUCATU.

Aos 04 dias do mês de dezembro do ano de 2023, às 14:00 horas, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de WEBER RIBOLLI MORAGAS, intitulada **Avaliação e sistematização do tratamento do paciente em Cirurgia Plástica Pós-bariátrica: Análise retrospectiva de 5 anos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. ARISTIDES AUGUSTO PALHARES NETO (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) Depto. de Cirurgia e Ortopedia / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Dr. FLAVIO HENRIQUE MENDES (Participação Presencial) do(a) Depto. de Cirurgia e Ortopedia / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. ARETA AGOSTINHO RODRIGUES DE SOUZA (Participação Virtual) do(a) Faculdade de Ciências Médicas - AFYA. Após a exposição pelo mestrando e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, o discente recebeu o conceito final: Aprovado. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. ARISTIDES AUGUSTO PALHARES NETO

Dedico esse trabalho ao
meu pai, Weber Rimoli Moragas,
aquele que sempre me educou para a
vida desde mais tenra idade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela missão de ajudar o próximo em cada paciente diante dos males que agredem o seu corpo e retiram a sua alegria de espírito.

Agradeço à minha grande família e meus amigos que sempre estiveram fraternalmente ao meu lado no estímulo para completar cada objetivo.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Aristides Augusto Palhares Neto, por ensinar, por meio dos exemplos, o estado da arte da Cirurgia Plástica sempre me reforçando que mais que dar forma ao tecido vivo deveremos também compreender sobre a profundidade do nosso paciente em relação a sua autoestima.

Agradeço ao Prof. Dr. Flávio Mendes pela valiosa oportunidade de orientação no estudo das cirurgias de contorno corporal após grandes emagrecimentos. Fui inspirado pelo seu trabalho notável no Ambulatório de Cirurgia Pós-Bariátrica na UNESP, o que motivou o desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço aos demais preceptores da Disciplina de Cirurgia Plástica, que sempre estavam dispostos a aliar o conhecimento teórico ao cotidiano da atuação: Dr. Fausto Viterbo, Dra. Maria Madalena Silva, Dr. Augusto Mazzoni Neto, Dr. Marcelo Pacheco, Dr. Balduino Menezes Neto. Esse respeito a todos os Mestres são a inspiração constante para o futuro de um jovem diante da caminhada do eterno aprendiz em ser Cirurgião Plástico.

Agradeço aos membros da banca avaliadora que dedicaram seu tempo para construir a ciência e elevar a Cirurgia Plástica em nosso País por meio de baluartes fortes da educação pública.

Por fim, agradeço aos pacientes que são atendidos em nosso ambulatório que contribuíram para melhorar o atendimento médico do nosso Hospital da Clínica da Faculdade de Medicina de Botucatu.

“Os que ele distinguiu de antemão, também os predestinou para serem conformes à imagem de seu Filho, a fim de que este seja o primogênito entre uma multidão de irmãos. E aos que predestinou, também os chamou; e aos que chamou, também os justificou; e aos que justificou, também os glorificou. Que diremos depois disso? Se Deus é por nós, quem será contra nós?”

Romanos – 8, 29-31

SUMÁRIO

1. RESUMO ABSTRACT.....	9
2. INTRODUÇÃO.....	11
3. OBJETIVO	13
3.1 Objetivo geral.....	13
3.2 Objetivo específico	13
4. MÉTODO	14
4.1 Delineamento.....	14
4.2 Local de Estudo	14
4.3 População.....	14
4.4 Variáveis.....	14
4.5 Pesquisa e normatização Bibliográfica.....	15
4.6 Coletas de dados.....	15
4.7 Análise dos dados	15
4.8 Dimensionamento Amostral	16
5. RESULTADOS.....	17
6. DISCUSSÃO.....	30
7. CONCLUSÃO.....	36
8. REFERÊNCIAS	37
9. ANEXOS.....	41

1. RESUMO | ABSTRACT

INTRODUÇÃO: Estudos multicêntricos advertem para uma verdadeira pandemia de obesidade levando a crescente demanda pelo tratamento da cirurgia bariátrica. A Cirurgia Plástica desempenha o papel de restaurar o contorno corporal desse paciente, já que a grande perda de peso leva a frouxidão tecidual com mudanças dramáticas na imagem corporal que resulta em desconforto físico e psicológico. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo epidemiológico observacional descritivo retrospectivo transversal, realizado por meio de análise de prontuários de pacientes atendidos no HCFMB-UNESP no período do ano de 2015 a 2020. Foram analisadas as seguintes variáveis principais: Idade, gênero, raça, tipo de cirurgia bariátrica, IMC de admissão ambulatorial, IMC pré-operatório, IMC de seguimento, índice de variação ponderal, condições e hábitos de vida, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, informações sobre acompanhamento nutricional, informações sobre acompanhamento psicológico, informações sobre o exame físico, informações sobre cirurgias realizadas, tempo operatório, eventos adversos maiores e menores no pós-operatório. **RESULTADOS:** Foram analisados 52 pacientes em 78 procedimentos cirúrgicos. Destes indivíduos 94,23% eram do sexo feminino e 5,77% do sexo masculino e com relação a faixa etária a média de idade atual dos pacientes em seguimento é de 48,38 anos. Todos os pacientes estavam com índice de variação ponderal estabilizado e a média do Índice de Massa Corpórea (IMC) antes da cirurgia bariátrica de 44,98 e a média de IMC antes da primeira abordagem pela cirurgia plástica de 25,93. Houve 2,56% de complicações maiores e 71,43% de complicações menores com manejo ambulatorial, e dentre essas destaca-se as deiscências parciais pequenas em 51,95% das cirurgias realizadas. Outras complicações: seroma em 19,48%, infecção de sítio operatório com uso de antibióticos em 23,38%, ponto extruso em 22,67% e cicatriz hipertrófica em 25,33%. **CONCLUSÃO:** A análise e sistematização do tratamento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu revelaram que complicações menores estão em conformidade com a literatura, enquanto as maiores são inferiores a outras pesquisas. Existe viabilidade de procedimentos associados nas cirurgias de contorno corporal, enfatizando a importância da indicação cirúrgica criteriosa, controle de comorbidades, estabilização ponderal e planejamento multiprofissional do seguimento do paciente obeso. Identificam-se lacunas nos prontuários; portanto, propõe-se um protocolo de atendimento e uma cartilha de acolhimento pós-obesidade, sugerindo estudos prospectivos para ampliar a amostra e aplicar correlações estatísticas.

1. RESUMO | ABSTRACT

INTRODUCTION: Multicenter studies warn of a true obesity pandemic, leading to a growing demand for bariatric surgery treatment. Plastic surgery plays a role in restoring the body contour of these patients, as significant weight loss results in tissue laxity with dramatic changes in body image that lead to physical and psychological discomfort. **METHOD:** This is a retrospective cross-sectional observational descriptive epidemiological study conducted through the analysis of medical records of patients treated at HCFMB-UNESP from 2015 to 2020. The following main variables were analyzed: Age, gender, race, type of bariatric surgery, outpatient admission BMI, preoperative BMI, follow-up BMI, weight variation index, lifestyle conditions, personal history, family history, information on nutritional follow-up, information on psychological follow-up, information on physical examination, information on surgeries performed, operative time, major and minor adverse events in the postoperative period. **RESULTS:** Fifty-two patients underwent 78 surgical procedures. Of these individuals, 94.23% were female, and 5.77% were male, with an average current age of 48.38 years in the follow-up. All patients had a stabilized weight variation index, with an average Body Mass Index (BMI) before bariatric surgery of 44.98 and an average BMI before the first plastic surgery approach of 25.93. There were 2.56% major complications and 71.43% minor complications with outpatient management, among which small partial dehiscences occurred in 51.95% of the surgeries. Other complications included seroma in 19.48%, surgical site infection with antibiotic use in 23.38%, extruded stitch in 22.67%, and hypertrophic scar in 25.33%. **CONCLUSION:** The analysis and systematization of treatment at the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu revealed that minor complications are in line with the literature, while major complications are lower than in other research. There is viability of associated procedures in body contouring surgeries, emphasizing the importance of careful surgical indication, comorbidity control, weight stabilization, and multiprofessional planning for the follow-up of obese patients. Gaps in medical records are identified; therefore, the proposal is a service protocol and a post-obesity care guide, suggesting prospective studies to expand the sample and apply statistical correlations.

2. INTRODUÇÃO

Atualmente, estudos multicêntricos acreditam que a prevalência mundial de sobrepeso e obesidade entre todas as faixas etárias aumentará, portanto, a falta de um enfrentamento estruturado e uma condução sistematizada sobre obesidade e suas consequências representa um desafio de saúde pública e uma inquietude para a comunidade científica, já que se enfrenta uma pandemia de obesidade ^{1,2}.

Esta situação, levou a uma crescente demanda pelo tratamento cirúrgico, a cirurgia bariátrica, já que proporciona substancial melhora da saúde do paciente obeso, remissão ou controle de comorbidades e perda ponderal importante. É justamente a grande perda de peso que leva cerca de 96% dos pacientes apresentarem frouxidão tecidual e excesso de pele com mudanças dramáticas na imagem corporal que resultam em desconforto físico e psicológico ^{3,4}.

A Cirurgia Plástica desempenha o papel de restaurar o contorno corporal e não deve ser entendida meramente como um complemento estético da cirurgia bariátrica, porém parte integrante do tratamento para propiciar qualidade de vida e perenidade na manutenção do peso pelo paciente ^{5,6}. Entretanto, a cirurgia de contorno corporal não configura um padrão do regime de tratamento pós-cirurgia bariátrica, e apenas uma minoria da população é submetida a abordagem pela Cirurgia Plástica^{7,8}, frequentemente, são necessárias operações combinadas e / ou multiestágios com longitudinalidade terapêutica ⁹.

Ademais, a cirurgia de contorno corporal possui diversos fatores de risco para complicações pós-operatórias: índice de massa corpórea elevado no pré-operatório, um escore risco cirúrgico elevado pela *American Society of Anesthesiologists*, a quantidade de perda ponderal, o volume de tecido ressecado, hipotermia intraoperatória, sexo masculino, idade avançada, tabagismo e comorbidades como diabetes mellitus e hipertensão, além disso má absorção e desequilíbrio nutricional produzidos pela técnica realizada pela cirurgia bariátrica^{10,11,12}.

Para minimizar eventos adversos é recomendado a interação de uma equipe multidisciplinar que envolverá um cirurgião do aparelho digestivo, um cirurgião plástico, bem como nutricionistas e psicólogos no gerenciamento do paciente obeso nas diversas etapas do tratamento e na estabilidade ponderal para adequada indicação cirúrgica^{13,14,15}. O relacionamento entre os diversos profissionais também poderá rotineiramente ser acompanhando em grupos de reuniões de acolhimento, popularizadas por Resende de “oficinas da obesidade”, que visam promover a educação continuada, criação de um ambiente emocional favorável e troca de experiências entre os pacientes¹⁶.

Outro aspecto relevante diz respeito ao estímulo do protagonismo do paciente que deve ser avaliado quanto a suas verdadeiras motivações e expectativas em relação à Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica. É preciso avaliar a percepção da autoimagem corporal, o conhecimento do *status* pós-operatório e do risco de eventos adversos como extensão de cicatrizes, alargamento e hipertrofias cicatriciais que nem sempre serão completamente resolvidas¹⁷. Além disso, entendimento dos eventos adversos menores (seroma, deiscência de sutura, anemia pós-operatória, dor pós-operatória, linfocele, linforréia, linfedema, cicatriz inestética e lesões pelo posicionamento cirúrgico), e dos maiores (hematoma, hipotermia, infecção de sítio operatório, atelectasia pulmonar e tromboembolismo)¹⁸.

Portanto, esse trabalho pretende avaliar e sistematizar o tratamento prestado aos pacientes atendidos pela Disciplina de Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, bem como revisar os resultados obtidos para propor um protocolo estruturado de atendimento ao paciente obeso e uma cartilha de orientação sobre o plano terapêutico pós-obesidade.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar e sistematizar o tratamento ao paciente em seguimento com a disciplina de Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP em suas múltiplas etapas de atendimento, a partir da revisão retrospectiva de prontuários destes pacientes.

3.2 Objetivos Específicos

- Orientar o paciente sobre o plano terapêutico pós-obesidade pela Disciplina de Cirurgia Plástica com elaboração de cartilha de explanação sobre a abordagem do contorno corporal na cirurgia plástica pós-bariátrica e reuniões em oficinas de acolhimento;
- Produzir um protocolo de atendimento sistematizado com elementos pertinentes ao pré-operatório, intraoperatório e seguimento pós-operatório para fomentar novos estudos prospectivos.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional descritivo retrospectivo transversal, realizado por meio de análise de prontuários de pacientes atendidos no HCFMB-UNESP no período do ano de 2015 a 2020, buscando qualificar e quantificar as principais informações pré-operatórias, intraoperatórias e pós-operatórias.

4.2 Local do Estudo

Realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, permeando os setores de Pronto Socorro Referenciado, Ambulatório de Especialidades e Centro Cirúrgico.

4.3 População

O estudo compreende os pacientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu no período pré-determinado com seguimento ambulatorial com a disciplina de Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica. Os critérios de inclusão compreendem análise dos prontuários eletrônicos dos pacientes abordados cirurgicamente pela disciplina de Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica no período de 2015 a 2020. Os critérios de exclusão são preenchimentos parciais de prontuários eletrônicos dos pacientes com descontinuidade de seguimento ambulatorial e propostas terapêuticas neste período. Também foram excluídos pacientes que tiveram grande perda ponderal, porém que não foi devido a cirurgia bariátrica.

4.4 Variáveis

Foram analisadas as seguintes variáveis principais: Idade, gênero, cor de pele, tipo de cirurgia bariátrica, IMC de admissão ambulatorial, IMC pré-operatório, IMC de seguimento, índice de variação ponderal, condições e hábitos de vida, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, informações sobre acompanhamento nutricional, informações sobre acompanhamento psicológico,

informações sobre o exame físico, informações sobre cirurgias realizadas, tempo operatório, eventos adversos maiores e menores no pós-operatório.

4.5 Pesquisa e normatização Bibliográfica

A pesquisa foi submetida à avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP) e aceito sob o número de CAAE 4793921.2.0000.5411 (Anexo 1).

O levantamento bibliográfico foi realizado pelas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACC) e National Center for Biotechnology Information (NCBI) do U.S. National Library of Medicine. Os termos pesquisados foram contorno corporal, perda massiva de peso, cirurgia bariátrica, cirurgia plástica pós-bariátrica, e ainda em complemento a pesquisa também foi realizada consulta a periódicos e livros em bibliotecas universitárias. Foram utilizadas as normas para apresentação baseadas em Vancouver para confecção deste trabalho de acordo com Instrução Normativa Nº 08/2022 de 22 de junho de 2022 do Mestrado Associado a Residência Médica (MEPAREM).

4.6 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de formulário específico e protocolo de atendimento para a pesquisa (Anexo 2). A metodologia de coleta de dados usou as informações disponíveis e preenchidas pelos médicos residentes, multiprofissionais de rede de apoio ao ambulatório e professores da disciplina de Cirurgia Plástica em evolução de anamnese de prontuário eletrônico.

4.7 Análise dos Dados

Os dados relacionados nas variáveis foram analisados estatisticamente por meio de software The SAS System versão 9.4: considerando média, mediana, moda, desvio padrão, testes comparativos indicados, teste de qui quadrado e teste t de student considerando significância quando $p < 0,05$.

4.8 Dimensionamento Amostral

A amostra dos prontuários dos pacientes em seguimento no ambulatório de Cirurgia Pós-Bariátrica do HCFMB- UNESP apresentou em composição: os pacientes atendidos e os procedimentos realizados.

5. RESULTADOS

No período estudado foram atendidos e incluídos neste trabalho 52 pacientes e nota-se mais de um procedimento cirúrgico em que foram realizadas 78 abordagens.

Destes indivíduos 94,23% eram do sexo feminino e 5,77% do sexo masculino e com relação a faixa etária a média de idade atual dos pacientes em seguimento é de 48,38 anos (Ver Tabela 01 e 06). A classificação de escolaridade dos pacientes nota-se o ensino médio completo com 31,37% seguido pelo ensino superior completo 25,49%. Sobre a cor de pele dos pacientes 88,24% se declaravam brancos e sobre o estado civil a situação de casada em 55,77% (Ver Tabela 01). A cidade de residência fica em evidência Botucatu-SP com 36,54% dos atendidos, porém existiu uma distribuição diversificada em relação a regional de saúde atendida pelo Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (Ver Tabela 2).

Sobre o Índice de Massa corpórea: 30% de pacientes com peso adequado com IMC igual ou abaixo que 25; 69% pacientes com sobrepeso com IMC acima de 25 e abaixo ou igual a 30; 1% de pacientes com obesidade com IMC acima de 30. (Ver tabela 03).

Observa-se em informações de prontuário pertinentes ao exame físico e início da obesidade eram incompletas bem como a história mórbida familiar foi descrita em 1,92 % dos pacientes com dificuldade para análise devido ausência desse preenchimento adequado.

Foi revelado que 12,77% dos pacientes apresentaram alergias medicamentosas. As seguintes medicações foram notificadas: cefazolina, dipirona, cefalexina, codeína, diclofenaco, metronidazol, doxiciclina e sulfametoxazol+trimetoprima.

**Tabela 01 – Sobre as variáveis sociodemográficas:
Gênero, Escolaridade, Estado Civil e Cor de pele.**

Variável	Classificação	Percentual	Frequência	Falta de Frequência (ausência de dados)
Gênero	Masculino	5,77	3	0
	Feminino	94,23	49	
Escolaridade	Alfabetizada	1,96	1	1
	Fundamental completo	1,96	1	
	Fundamental incompleto	21,57	11	
	Médio completo	31,37	16	
	Médio incompleto	3,92	2	
	Superior completo	25,49	13	
	Superior incompleto	13,73	7	
Estado-civil	Casada	55,77	29	0
	Divorciada	9,62	5	
	Solteira	19,23	10	
	União Estável	11,54	6	
	Viúva	3,85	2	
Cor de pele	Branco	88,24	45	1
	Pardo	7,84	4	
	Negro	3,92	2	

Tabela 02 – Sobre a distribuição geográfica das cidades dos pacientes atendidos.

Variável	Classificação	Percentual	Frequência	Falta de Frequência (ausência de dados)
Cidades	Avaré	5,77	3	0
	Bauru	5,77	3	
	Bernardino de Campos	1,92	1	
	Bocaína	3,85	2	
	Bofete	3,85	2	
	Botucatu	36,54	19	
	Conchas	1,92	1	
	Coronel Macedo	1,92	1	
	Cotia	1,92	1	
	Espírito Santo do turvo	1,92	1	
	Fartura	3,85	2	
	Guaeri	1,92	1	
	Itapetininga	1,92	1	
	Itapuí	1,92	1	
	Laranjal Paulista	5,77	3	
	Lençóis Paulista	1,92	1	
	Manduri	1,92	1	
	Paranapanema	1,92	1	
	Porangaba	1,92	1	
	Rio Claro	1,92	1	
	São Manuel	3,85	2	
	São Paulo	1,92	1	
	Taquarituba	1,92	1	
	Tietê	1,92	1	

Tabela 03 – Sobre o Índice de Massa corpórea nos pacientes atendidos antes da Cirurgia Plástica pós-bariátrica:

Variável	Classificação	Percentual	Frequência	Falta de Frequência (ausência de dados)
IMC	< 25	30%	15	2
	>25 - <30	69%	34	
	> 30	1%	1	

As pacientes em sua totalidade receberam atendimento psicológico durante o seguimento de cirurgia bariátrica e mantiveram o suporte com nutricionista sendo que 97,67% referem o uso regular de polivitamínicos.

Sobre os hábitos de vida 70,21% dos pacientes eram não fumantes e 29,79% eram ex-fumantes. Foi convencionado durante o atendimento que não haveria indicação cirúrgica antes do controle formal do tabagismo. Das comorbidades anteriores a cirurgia bariátrica mais prevalentes nos pacientes estavam a Hipertensão arterial sistêmica com 43,18%, o Hipotireoidismo com 25% e o Diabetes Mellitus com 18,18% (Ver Tabela 04).

Várias outras comorbidades controladas e patologias pontuais em casos isolados estavam relatadas: transtorno de ansiedade, asma, litíase renal, esteatose hepática, talassemia menor, hérnia de hiato, miomatose uterina, hiperuricemia, doença inflamatória pélvica, insuficiência venosa crônica, epilepsia e fibromialgia.

Tabela 04 – Sobre a história mórbida pregressa antes da Cirurgia bariátrica relacionada ao tabagismo, a presença de comorbidades e a ocorrência de Tromboembolismo venoso periférico:

Variável	Classificação	Percentual	Frequência	Falta de Frequência (ausência de dados)
Tabagismo	Não	70,21	33	5
	Ex-fumante	29,79	14	
Hipertensão Arterial	Sim	43,18	19	8
	Não	56,82	25	
Depressão	Sim	15,91	7	8
	Não	84,09	37	
Hipotireodismo	Sim	25	11	8
	Não	75	33	
Diabetes Mellitus	Sim	18,18	8	8
	Não	81,82	36	
Apnéia do Sono	Sim	11,36	5	8
	Não	88,64	39	
Dislipidemias	Sim	9,30	4	9
	Não	90,70	39	
Refluxo Gastroesofágico	Sim	15,91	7	8
	Não	84,09	37	
Tromboembolismo venoso periférico prévio	Sim	3,85	2	0
	Não	96,15	50	

Sobre as cirurgias bariátricas foram 78,85% dos procedimentos realizados na mesma instituição do estudo atual e 19,23% dos pacientes fizeram em outro serviço médico externo a UNESP. Sobre a técnica operatória, as pacientes que possuíam informações foram operadas em sua totalidade pela técnica de Fobi-Capella em Y de Roux e a incisão se apresentou com laparotomia mediana aberta em 97,26% dos casos. Observa-se que 4% dos pacientes apresentaram dumping em pós-operatório com resolução sem outras abordagens cirúrgicas. Destaca-se que 91% dos pacientes obtiveram melhora das comorbidades prévias com a cirurgia bariátrica, porém não foi registrado as comorbidades remanescentes. (Ver Tabela 05).

Todos os pacientes estavam com índice de variação ponderal estabilizado e a média do Índice de Massa Corpórea (IMC) antes da cirurgia bariátrica de 44,98 e a média de IMC antes da primeira abordagem pela cirurgia plástica de 25,93. Conferiu-se a falta de preenchimento do IMC em prontuário durante a indicação um segundo procedimento sem possibilidade de ampliar a análise do presente estudo. O tempo médio entre a cirurgia bariátrica e a primeira cirurgia plástica foi de 53,14 meses. (Ver Tabela 06).

Não houve cirurgia de contorno corporal previamente a cirurgia bariátrica. Verificou-se que 23% da população estudada já havia feito algum tipo de abordagem cirúrgica previamente ao período desse estudo no acompanhamento longitudinal em múltiplas intervenções no ambulatório de cirurgia pós-bariátrica.

**Tabela 05 – Sobre as informações relacionadas à cirurgia bariátrica:
Local de cirurgia, técnica cirúrgica, incisão cirúrgica, presença de
dumping e melhorias de comorbidades com o procedimento:**

Variável	Classificação	Percentual	Frequência	Falta de Frequência (ausência de dados)
Local da realização da cirurgia bariátrica	HCFMB UNESP	78,85	41	0
	Outro serviço médico externo a UNESP	19,23	10	
	Sem informações	1,92	1	
Técnica de cirurgia bariátrica	Y de roux	100	41	11
Incisão da cirurgia Bariátrica	Laparotomia mediana	97,56	40	11
	Laparoscopia	2,44	1	
Apresentou Dumping em pós- operatório?	Sim	4	2	2
	Não	96	48	
Houve melhora das comorbidades após cirurgia bariátrica?	Sim	91,18	34	18
	Não	8,82	3	

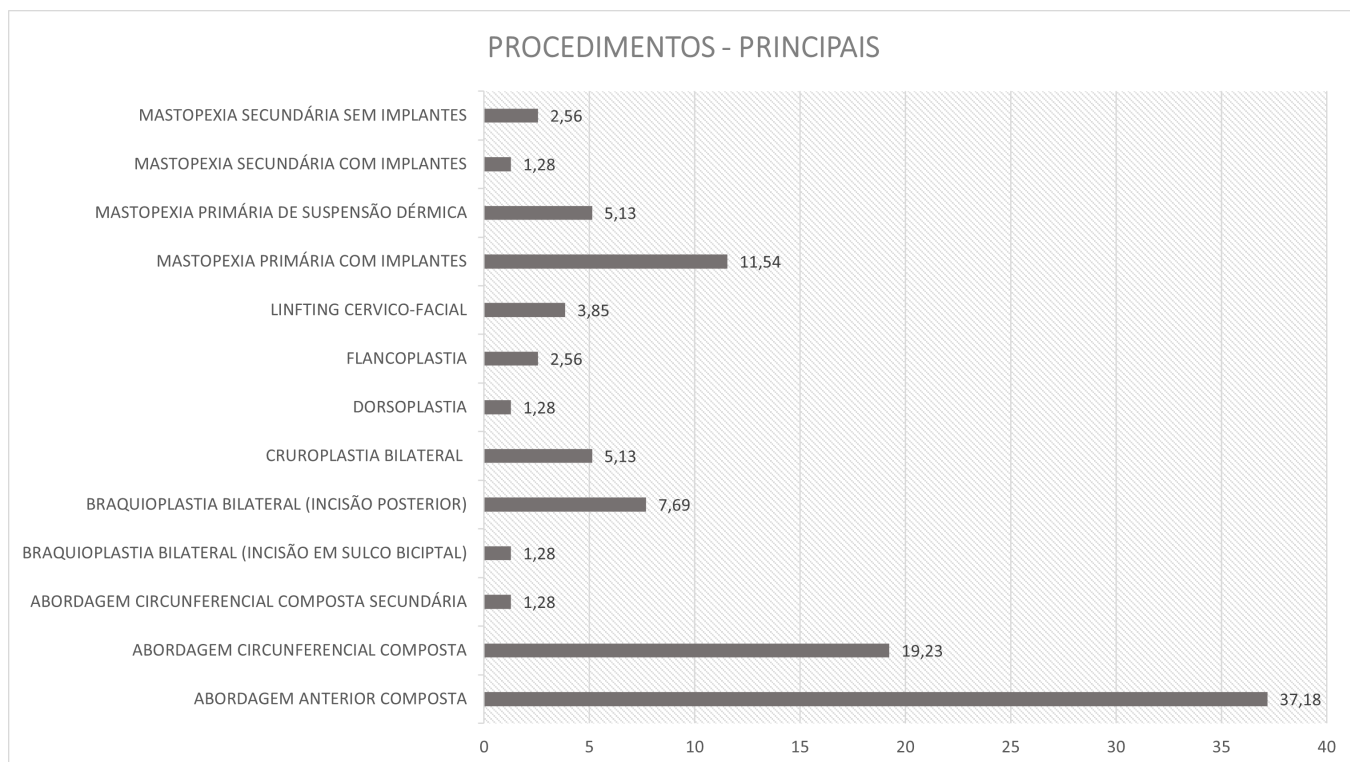
Tabela 06 – Das variáveis numéricas contínuas: Idade, período entre cirurgia bariátrica e cirurgia plástica, peso antes da cirurgia bariátrica, variação ponderal, Índice de Massa corpórea antes da cirurgia bariátrica, Índice de Massa corpórea antes da primeira abordagem da cirurgia plástica, número de gestações:

Variável	Média	Desvio	N	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	48,38	9,28	52	46,00	35	68
Tempo entre cirurgia bariátrica e cirurgia plástica (meses)	53,14	15,44	31	49,91	28,75	96,36
Peso antes da cirurgia bariátrica (quilogramas)	120,15	23,48	47	115,00	88,00	180,00
Variação Ponderal (quilogramas)	61,39	17,50	46	56,50	34,00	104,00
IMC antes da cirurgia bariátrica	44,98	6,84	47	43,70	34,95	61,18
IMC antes da primeira abordagem da cirurgia plástica	25,93	2,29	50	26,39	20,00	31,31
Gestações	2,17	0,80	29	2,00	1,00	5,00

Destaca-se entre os procedimentos principais realizados as cirurgias do reajuste do corpo inferior com 37,18% a abordagem anterior composta (flor-de-lis) e com 19,23% a abordagem circunferencial composta, visto que a preferência dos pacientes e da disciplina de Cirurgia Pós-bariátrica pelo tratamento inicial do corpo inferior (Ver gráfico 01).

Também se destaca as abordagens da mama que somaram 20,51% das indicações cirúrgicas. Sobre o uso de implantes mamários em totalidade foi empregado a textura de poliuretano com 50% em formato redondo de alta projeção e 50% em formato redondo de média projeção. A média do volume de implante foi de 260 cc. Todos os implantes de silicone foram posicionados no plano subglandular.

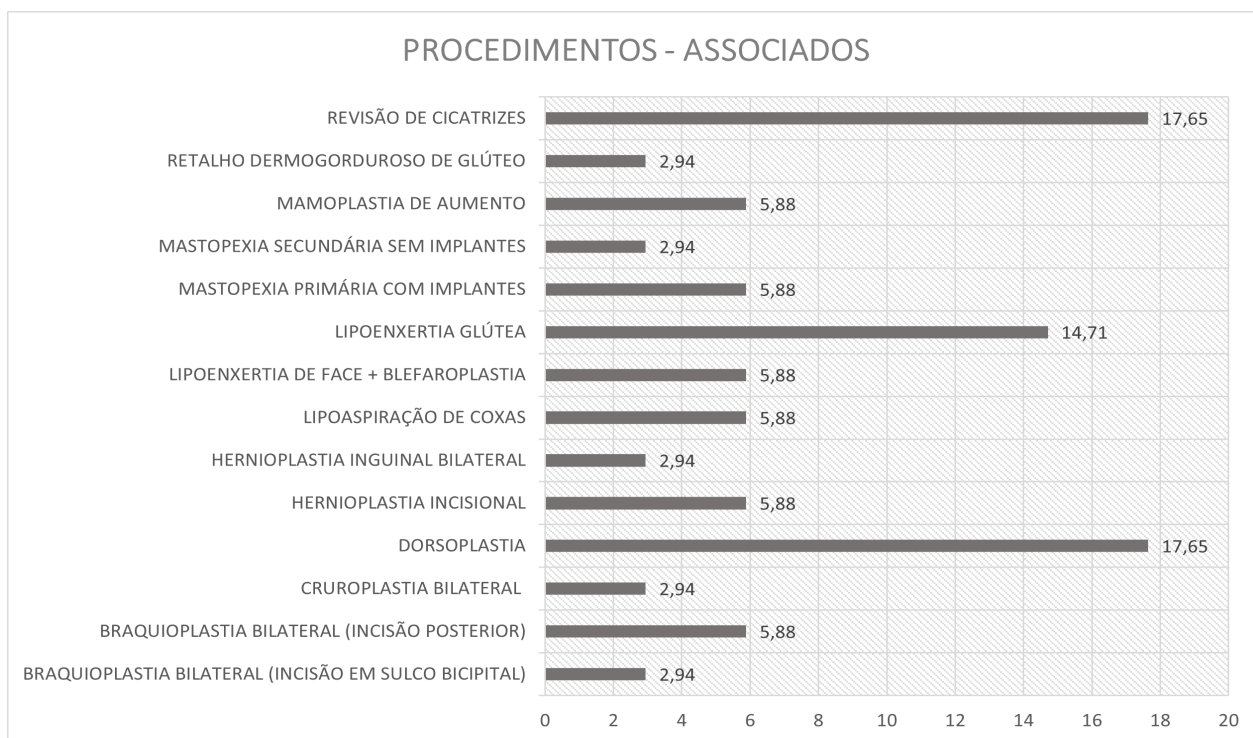
Gráfico 01 – Sobre os procedimentos principais em percentuais (%):



Observou-se que 43,59% dos pacientes tiveram uma ou mais cirurgias associadas ao procedimento principal.

Das cirurgias associadas encontra-se dorsoplastia em 17,65% para o tratamento completo em mesmo procedimento do reajuste do corpo superior, a lipoenxertia glútea 14,71% para integrar ao tratamento do reajuste do corpo inferior e as revisões de cicatrizes em 17,65% já que o paciente era submetido em cirurgias em múltiplos estágios e poderia obter melhora de cicatrizes inestéticas em uma abordagem complementar (Ver gráfico 02).

Gráfico 02 – Sobre os procedimentos associados em percentuais (%):



O nível de satisfação de cirurgia não foi preenchido durante anamnese com uma falta de informação de 55 procedimentos. Obteve-se 22 procedimentos com paciente satisfeita e 1 procedimento com paciente insatisfeita.

Não houve intercorrências cirúrgicas em intraoperatório e de evento adverso apenas 2 pacientes (2,63%) apresentaram rash cutâneo devido medicações anestésicas com adequado controle sem agravamento no seguimento pós-operatório.

Foi relatado apenas um caso fez uso de anticoagulante oral em pós-operatório devido evento adverso de Tromboembolismo Venoso com evolução favorável em regime ambulatorial. Todas as pacientes seguiram as indicações de risco cirúrgico com uso de meias pneumáticas em intraoperatório, meias-elásticas em pós-operatório e deambulação precoce sem necessidade de uso de anticoagulantes.

Apresentou-se apenas 2 casos com complicações com necessidade de intervenções cirúrgicas (complicações maiores): uma paciente com necrose e

deiscência em ferida operatória por isquemia do retalho abdominal com necessidade de desbridamento de tecidos desvitalizados e ressutura local, e outra paciente com recidiva de diástase de músculos reto abdominais em porção supra-umbilical sem relato de traumas e com emprego de técnica adequada com necessidade de replicatura da aponeurose.

Houve 71,43% dos procedimentos com complicações com manejo ambulatorial (complicações menores) e dentre essas destaca-se a presença das deiscências parciais pequenas com 51,95% das feridas operatórias. Outras complicações: seroma com 19,48%, infecção de sítio operatório com uso de antibióticos com 23,38%, ponto extruso com 22,67% e cicatriz hipertrófica com 25,33 (Ver tabela 07). Nessa análise também observamos que a maioria dos pacientes que evoluíram com epidermólise com 16,88% foi devido curativo filme cisalhado mal posicionado.

O tempo cirúrgico da totalidade das cirurgias teve uma média de 320,81 minutos. A média do uso de dreno à vácuo foi de 10,6 dias em procedimentos de abordagem anterior composta e abordagem circunferencial composta. O valor médio do peso do retalho de pele das dermolipectomias com abordagem anterior composta e abordagem anterior composta ciruncunferencial anotadas foram de 2474 gramas.

Vale salientar que todos os pacientes fizeram uso de cefalosporina de primeira geração profilática e teve o uso de manta térmica durante o intra-operatório.

Tabela 7 – Sobre as complicações pós-operatórias após a Cirurgia Plástica: Hematoma, Seroma, Tromboembolismo Pulmonar, Epidermólise, Linfocele, Infecção, Necrose (pequena), Anemia pós-operatória, Dor pós-operatória, Deiscência Parcial (pequena), Ponto extruso, Cicatriz hipertrófica, Alargamento de cicatriz, Dog ear.

Variável	Classificação	Porcentagem	Frequência	Falta de frequência (ausência de dados)
Hematoma (localizado)	Não	97,40	75	1
	Sim	2,60	2	
Seroma	Não	80,52	62	1
	Sim	19,48	15	
Tromboembolismo Pulmonar	Não	98,70	76	1
	Sim	1,30	1	
Epidermólise	Não	83,12	64	1
	Sim	16,88	13	
Infecção	Não	76,62	59	1
	Sim	23,38	18	
Necroses (pequena)	Não	92,21	71	1
	Sim	7,79	6	
Anemia pós-operatória	Não	98,70	76	1
	Sim	1,30	1	

Dor pós-operatória	Não	98,70	76	1
	Sim	1,30	1	
Deiscência parcial (pequena)	Não	48,05	37	1
	Sim	51,95	40	
Ponto Extruso	Não	77,33	58	3
	Sim	22,67	17	
Cicatriz hipertrófica	Não	74,67	56	3
	Sim	25,33	19	
Alargamento de cicatrizes	Não	81,33	61	3
	Sim	18,67	14	
Dog Ear	Não	92,00	69	3
	Sim	8	6	

Foram realizadas correlações estatísticas com o teste T de student e teste Qui-quadrado e não foi encontrado significância entre as relações do tempo de cirurgia e IMC prévio com as ocorrências de complicações. Outras correlações não foram empregadas devido a tamanho amostral não permitiu ampliação do estudo.

6. DISCUSSÃO

Conforme os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2020), atualmente, mais da metade dos adultos enfrenta problemas de excesso de peso, com uma prevalência maior entre o público feminino (62,6%) em comparação com o público masculino (57,5%)¹⁹. No contexto brasileiro, pesquisas que estudem cirurgias plásticas reparadoras pelo SUS são raras²⁰, urge uma análise mais aprofundada sobre a cirurgia de contorno corporal, justificada pelo aprimoramento e sistematização do atendimento ao paciente desde o tratamento da obesidade.

Esse estudo revelou que, semelhante a outras pesquisas, a maioria dos pacientes era do sexo feminino^{21,22,23,24}. Quanto à faixa etária, a média de idade dos pacientes em acompanhamento atualmente foi de 48,38 anos, em concordância com o estudo de Kerviler et al.²¹ e Poyatos et al.²⁵. Compreende-se o risco aumentado de complicações em pacientes idosos²⁶, mesmo assim, a média de idade foi mais avançada do que a observada em outros estudos, provavelmente devido ao acompanhamento longitudinal, a morosidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na disponibilidade do agendamento dos procedimentos, e às múltiplas abordagens cirúrgicas adotadas para o mesmo paciente.

Outro ponto notável foi a análise sociodemográfica, que inclui dados até então não documentados em pesquisas anteriores, com destaque relevante na escolaridade que corrobora com o nível do entendimento do processo saúde-doença na obesidade. Observou-se que 31,37% dos pacientes possuíam ensino médio completo, enquanto 25,49% tinham ensino superior completo. Esses números sugerem que os pacientes submetidos a cirurgias de contorno corporal tinham uma sólida formação educacional, o que também pode ser benéfico para compreender as possíveis complicações e manejo de intercorrências cirúrgicas.

Ao avaliar o plano terapêutico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, é essencial realizar uma seleção criteriosa da indicação cirúrgica, considerando a complexidade do procedimento e o reconhecimento dos riscos

associados à obesidade residual. De acordo com o estudo de Coon et al.²⁷, o índice de massa corporal (IMC) desempenha um papel significativo nas complicações que podem surgir na cirurgia reconstrutiva pós-bariátrica. Os resultados apontam que 69% dos pacientes apresentavam um IMC entre 25 e 30, com um IMC médio anterior à cirurgia de contorno corporal de 25,93, esse valor é ligeiramente menor do que os observados em outros estudos^{21,22,24} devido a apurada indicação cirúrgica pela equipe e manutenção do peso pelo paciente.

Um estudo adicional questionou a possível existência de um índice de massa corporal (IMC) específico acima do qual o risco de complicações aumentaria, mas ao mesmo tempo, porém destacou a persistência das alterações metabólicas após uma significativa perda de peso. Adicionalmente, foram destacados os desafios nutricionais, os impactos psicológicos decorrentes da cirurgia bariátrica, e os possíveis efeitos secundários contínuos resultantes da obesidade²⁸. Em nosso estudo, é relevante ressaltar que 91% dos pacientes apresentaram melhorias nas comorbidades pré-existentes após a realização da cirurgia bariátrica e 97,67% usaram a suplementação com polivitamínicos proporcionando uma favorável condição de saúde para a subsequente cirurgia de contorno corporal, ademais, em totalidade os pacientes fizeram seguimento multiprofissional com nutricionista e psicólogos que foram determinantes no enfrentamento das adversidades da obesidade e da pós-obesidade.

O intervalo médio entre a cirurgia bariátrica e a cirurgia plástica reparadora foi de 53 meses no presente estudo, revelando-se mais extenso do que os períodos documentados em três pesquisas nacionais anteriores, que apontaram intervalos de 29 meses²⁰, 42 meses²⁴ e 47 meses²⁹. Outrossim, deve-se levar em consideração o período de estabilização de peso do paciente atendido para diminuir as taxas de complicações, que foi preconizado previamente para o perfil da população em estudo anterior de Mattioli et al. em 21 meses e 15 dias¹⁵. É importante destacar que as cirurgias foram integralmente conduzidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dentro de um Programa de Residência Médica em Cirurgia Plástica perante entraves da gestão de leitos de internação e andamento das demandas do atendimento hospitalar desse paciente. Um outro

estudo brasileiro reforçou as dificuldades enfrentadas para atendimento do paciente obeso em que menos de 10% dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pelo sistema público de saúde têm acesso à cirurgia de contorno corporal²⁰.

A literatura atual mostra uma lacuna de estudos que abranjam amostras representativas de pacientes submetidos a procedimentos de contorno corporal após uma significativa perda de peso, com especial ênfase nas complicações associadas²⁶. Assim como no estudo de Cintra et al.²³, a classificação das complicações desse estudo foi dividida em maiores, que demandam intervenção cirúrgica adicional ou prolongam o período de internação hospitalar, e menores, que podem ser tratadas de forma ambulatorial, por meio de procedimentos simples, como punção, drenagem ou troca de curativos.

Nossa taxa de complicações maiores foi de 2,56% semelhante como foi observado por Cintra et al. (2,7%)²³, e foi relativamente baixa em comparação a Neaman et al. (16%)³⁰, Vastine et al. (13%)³¹, Garcia Botero et al. (13%)³² e Parvizi et al. (10,2%)³³. Das 78 cirurgias realizadas, apenas 2 pacientes enfrentaram complicações maiores. Esses casos envolveram uma deiscência da sutura supra-umbilical, que demandou revisão e ressutura, e um episódio de necrose com deiscência, tratado com êxito por meio de desbridamento de tecidos desvitalizados seguido de ressutura. Essa baixa taxa de complicações maiores justifica-se pela sistematização da seleção do paciente que receberá a intervenção cirúrgica.

As complicações na cicatrização de feridas são relativamente comuns após cirurgias de contorno corporal em pacientes pós-bariátricos, com estudos relatando taxas que variam de 8 a 66%³⁴. Em nossa pesquisa, que englobou diversos procedimentos corporais e faciais, identificamos uma taxa de 71,43% de complicações com gestão ambulatorial, consideradas como complicações menores. Dentre essas complicações, destaca-se a ocorrência de deiscências parciais pequenas em 51,95% das feridas operatórias com criteriosa identificação em exame físico. Outras complicações incluíram seroma, com 19,48%, infecção no sítio operatório com uso de antibióticos, com 23,38%, ponto extruso, com 22,67%, e cicatriz hipertrófica, com 25,33%.

Comparativamente, em uma pesquisa com meta-análise e revisão sistemática, a taxa ponderada de complicações cirúrgicas pós-bariátricas nos procedimentos de contorno corporal foi de 31,5%: dos procedimentos de contorno corporal realizados no tronco (exceto nas mamas), o seroma foi a complicação mais comum, com uma taxa ponderada de 13,3 a 16,4%, seguido pela deiscência da ferida, com uma taxa ponderada de 9,6%, além disso, hematoma ocorreu em 1,4 a 3,2%, enquanto a infecção foi registrada em 4,3% dos casos³⁵. Em outro estudo nacional, semelhante classificação de complicações, foi observada uma taxa de 26,1% de complicações, sendo a principal a deiscência parcial, com 40,4%, seguida pelo seroma, com 14,9%²³. Apesar dos inúmeros estudos realizados globalmente, não foi identificada consistência nas taxas de complicações devido uma falta organização das complicações maiores e menores nos estudos e a disparidade de população estudada.

Outra significativa análise é a média de tecido removido nas dermolipectomias abdominais que em nosso estudo foi de 2.474 gramas. Parvizi et al.³³ observaram uma influência altamente significativa do volume de tecido removido no desenvolvimento de problemas de cicatrização de feridas, em seu estudo, constataram que se a quantidade de tecido removido ultrapassasse 4.593 gramas, a probabilidade de ocorrer problemas de cicatrização da ferida era de 50%. De acordo com outro estudo, ressecções teciduais superiores a 2.700 gramas em dermolipectomias abdominais apresentaram um risco aumentado de complicações em 3,2 vezes³². Neaman e Hansen evidenciaram que a quantidade média de tecido ressecado foi maior no grupo de pacientes com um maior número de complicações³⁶. O nosso estudo apresentou maiores taxas de ressecção de pele possivelmente devido a variação ponderal dos pacientes com média de 61,39 quilogramas e observamos, análoga a literatura, mais complicações com deiscências de feridas operatórias.

Verificou-se que 43,59% dos pacientes foram submetidos a uma ou mais cirurgias associadas ao procedimento principal, em decorrência dos conceitos de reajuste do corpo superior e inferior. Alguns autores desaconselham a realização de procedimentos combinados devido à elevada probabilidade de

perda sanguínea, aumento na necessidade de transfusão, prolongamento do tempo intraoperatório e maior quantidade de ressecção tecidual³². Em nosso estudo, ao associar procedimentos, observamos um tempo operatório mais prolongado, com uma média de 320 minutos, que também poderia ser justificado pelo fato de as operações serem conduzidas por médicos residentes em formação. No entanto, mesmo com a combinação de procedimentos, não foi necessária a transfusão sanguínea nem ocorreram outras complicações relacionadas a extensão do tempo operatório.

Mais um aspecto analisado em regressão logística de alguns estudos expuseram que o período necessário para a remoção do dreno foi um fator estatisticamente significativo no contexto de complicações relacionadas à cicatrização de feridas³³. Outro estudo identificou a infecção de 50% ou superior para drenos que permaneceram no local por 26,1 dias ($\pm 7,2$) ou mais, ressaltando a importância do manejo adequado e da consideração do tempo de permanência para mitigar riscos de complicações³⁵. Em nosso estudo tivemos a média de utilização de dreno a vácuo em 10,6 dias para os procedimentos de abordagem anterior composta e abordagem cirurcunferencial composta semelhante ao estudo de Garcia Botero et al. que realizou a retirada do dreno no oitavo dia sem complicações associadas devido a retirada precoce.

E por fim, é interessante a discussão do uso exclusivo de tromboprofilaxia não medicamentosa em que se encontra estudo de Rosa et al. com uma abordagem semelhante à nossa pesquisa. Nesse estudo acompanhou os pacientes por pelo menos 6 meses no pós-operatório e não foram registrados casos de trombose venosa profunda, embolia pulmonar ou óbito, entretanto, estudos prévios indicam uma taxa de incidência entre 0,3% a 1%²⁴. Em uma pesquisa conduzida por Rubin et al, 40% dos 596 cirurgiões entrevistados relataram ter tido pelo menos um paciente com tromboembolismo venoso profundo, 34% mencionaram um episódio de embolia pulmonar e 7% informaram pelo menos um óbito devido a embolia pulmonar. Notavelmente, 48% desses cirurgiões optaram por não usar quimioprofilaxia, citando preocupações com hematoma pós-operatório e aparente falta de respaldo na literatura³⁷. Shermak et al. recomendam o emprego de meias de compressão e profilaxia com heparina

em baixas doses³⁸. Em nosso estudo, também foi empregado medidas trombopprofilaxia não medicamentosa como o uso de botas de compressão pneumáticas no intraoperatório e a deambulação precoce. Um caso de tromboembolismo pulmonar foi registrado em um paciente com histórico prévio de trombose venosa periférica. Esta paciente foi medicada com anticoagulantes via oral e conduzida em regime ambulatorial, após avaliação conjunta de pneumologia e cirurgia vascular, sem outros desdobramentos adversos.

7. CONCLUSÃO

A análise e sistematização dos pacientes em tratamento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu permitiram identificar que os índices de complicações menores se assemelham à literatura, enquanto as complicações maiores situam-se abaixo de outras pesquisas. Este estudo destaca a viabilidade de procedimentos associados aos conceitos de reajuste do corpo superior e inferior no contorno corporal, enfatizando a importância da criteriosa indicação cirúrgica, o eficaz controle de comorbidades, a estabilização ponderal e o planejamento multiprofissional do seguimento longitudinal do paciente obeso. No entanto, identificam-se lacunas no preenchimento dos prontuários, especialmente em relação ao nível de satisfação do paciente e às informações abrangentes nas fases de pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Diante disso, propõe-se a implementação de um protocolo de atendimento (Anexo 02) e a elaboração de uma cartilha de atendimento para pacientes pós-obesidade (Anexo 03). Recomenda-se ainda a condução de novos estudos prospectivos a partir deste trabalho, visando à ampliação da amostra com estudos de qualidade de vida do paciente pós-bariátrico e à aplicação de correlações estatísticas.

8. REFERÊNCIAS

- 1 - Sebastian JL. Bariatric Surgery and Work-Up of the Massive Weight Loss Patient. *Clin Plast Surg*. 2008;35(1):11-26.
- 2 - Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9945):766-81.
- 3 - Staalesen T, Fagevik Olsén M, Elander A. Experience of Excess Skin and Desire for Body Contouring Surgery in Post-bariatric Patients. *Obes Surg*. 2013;23(10):1632-44.
- 4 - Klopper EM., Kroese-Deutman HC, Berends FJ. Massive weight loss after bariatric surgery and the demand (desire) for body contouring surgery. *Eur J Plast Surg*. 2013;37(2):103-8.
- 5 – Toma T, Harling L, Athanasiou T, Darzi A, Ashrafian H. (2018). Does Body Contouring After Bariatric Weight Loss Enhance Quality of Life? A Systematic Review of QOL Studies. *Obes Surg*. 2018;28(10):3333-41.
- 6 - De Vries CEE, Kalffl MC, Van Praag EM, Florisson JMG, Ritt, MJPF, Van Veen RN, et al. The Influence of Body Contouring Surgery on Weight Control and Comorbidities in Patients After Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2020;30(3):924-30.
- 7 - Monpellier VM, Antoniou EE, Mulkens S, Janssen IMC, Jansen ATM, Mink van der Molen AB. Body Contouring Surgery after Massive Weight Loss: Excess Skin, Body Satisfaction, and Qualification for Reimbursement in a Dutch Post-Bariatric Surgery Population. *Plast Reconstr Surg*. 2019;143(5):1353-60.
- 8 - Pajula S, Jyränki J, Tukiainen E, Koljonen V. Complications after lower body contouring surgery due to massive weight loss unaffected by weight loss method. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2019;72(4):649-55.
- 9 - Anlatıcı R, Özerdem G, Demiralay S, Özerdem ÖR. One-Stage Combined Postbariatric Surgery: A Series of 248 Procedures in 55 Cases. *Aesthetic Plast Surg*. 2018;42(6):1591-99.
- 10 - Zerini I, Sisti A, Barberi L, Cuomo R, Tassinari J, Grimaldi L, et al. Body Contouring Surgery: Our 5 Years Experience. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2016;4(3):e649.

- 11 - Kitzinger HB, Cakl T, Wenger R, Hacker S, Aszmann OC, Karle B. Prospective study on complications following a lower body lift after massive weight loss. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2013;66(2):231-8.
- 12 - Herman CK, Hoschander AS, Wong A. Post-Bariatric Body Contouring. *Aesthet Surg J*. 2015;35(6):672-87.
- 13 - ElAbd R, Samargandi OA, AlGhanim K, Alhamad S, Almazeedi S, Williams J, AlYouha S. Body Contouring Surgery Improves Weight Loss after Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aesthetic Plast Surg*. 2021;45(3):1064-75.
- 14 - Paul MA, Opyrchał J, Knakiewicz M, Jaremków P, Duda-Barcik Ł, Ibrahim AMS, et al. The long-term effect of body contouring procedures on the quality of life in morbidly obese patients after bariatric surgery. *PLoS One*. 2020;15(2):e0229138.
- 15 - Mattioli WM, Viterbo F, Mendes FH, Fernandes LG., Melo RC, Macero R. Importância e análise da estabilização ponderal nos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica candidatos à cirurgia plástica. *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(3 supl):1097.
- 16 - Resende JHC. Oficina da obesidade em cirurgia plástica ou oficina da vida. In: Tratado de cirurgia plástica na obesidade. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. p. 239-44.
- 17 - Pinho, P.R., Chillof, C.L.M., Mendes, F.H., Leite, C.V.S., Viterbo, F. (2011) Abordagem psicológica em cirurgia plástica pós-bariátrica. *Rev Bras Cir Plást*. 2011;26(4):685-90.
- 18 - Mendes FH, Viterbo F. Eventos Adversos em Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica. In: Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica. Rio de Janeiro: Editora DiLivros; 2016. p.719-39.
- 19 – Ministério da Saúde (BR). Sobre peso e obesidade como problemas de saúde pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2022 [citado em 2022 out 18; atualizado em 2022 out 18]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-ter-peso-saudavel/noticias/2022/sobre-peso-e-obesidade-como-problemas-de-saude-publica>
- 20 - Pinherio LHZ, Rosim ET, Schoeder A, Da-Silva BB, Calderoni DR, Chaim EA, et al. Prevalência de cirurgia de contorno corporal em pacientes pós-bariátricos em um hospital universitário. *Rev Bras Cir Plást*. 2022;37(4):417–22.
- 21 - Kerviler S, Husler R, Banic A, et al. Body contouring surgery following bariatric surgery and dietetically induced massive weight reduction: a risk analysis. *Obes Surg*. 2009;19:553–9.

- 22 - Coon D, Michaels VJ, Gusenoff JA, et al. Multiple procedures and staging in the massive weight loss population. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125:691–8.
- 23 - Cintra Junior W, Modolin MLA, Colferai DR, Rocha RI, Gemperli R. Post-bariatric body contouring surgery: analysis of complications in 180 consecutive patients. *Rev Col Bras Cir*. 2021;48:e20202638.
- 24 - Rosa SC, de Macedo JLS, Canedo LR, Casulari LA. What Is the Impact of Comorbidities on the Risk for Postoperative Body-Contouring Surgery Complications in Postbariatric Patients? *Obes Surg*. 2019;29(2):552-559.
- 25 - Poyatos JV, Del Castillo JMB, Sales BO, Vidal AA. Post-bariatric surgery body contouring treatment in the public health system: cost study and perception by patients. *Plast Reconstr Surg*. 2014;134(3):448-54
- 26 - Smaniotto PHS, Saito FL, Fortes F, Scopel SO, Gemperli R, Ferreira MC. Comparative analysis of the evolution and postoperative complications of body contouring plastic surgeries after massive weight loss in young and elderly patients. *Rev Bras Cir Plast*. 2012;27(3):441-4.
- 27 - Coon D, Gusenoff JA, Kannan N, El Khoudary SR, Naghshineh N, Rubin JP. Body Mass and Surgical Complications in the Postbariatric Reconstructive Patient: Analysis of 511 Cases. *Ann Surg.*, 2009;249(3), 397–401.
- 28 - Au K, Hazardiii S, Dyer A, Boustred A, Mackay D, Miraliakbari R. *Correlation of Complications of Body Contouring Surgery With Increasing Body Mass Index*. *Aesthet Surg J*. 2008;28(4), 425–429.
- 29 - Orpheu SC, Colins PS, Scpel GA, et al. Body contour surgery in the massive weight loss patient: three year-experience in a secondary public hospital. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55:427–33.
- 30 - Neaman KC, Hansen JE. Analysis of complications from abdominoplasty: a review of 206 cases at a university hospital. *Ann Plast Surg*. 2007;58: 292–298.
- 31 - Vastine VL, Morgan RF, Williams GS, et al. Wound complications of abdominoplasty in obese patients. *Ann Plast Surg*. 1999;42:34–9.
- 32 - García Botero A, García Wenninger, M, & Fernández Loaiza D. Complications After Body Contouring Surgery in Postbariatric Patients. *Ann Plast Surg*. 2017;79(3), 293–297.
- 33 - Parvizi D, Friedl H, Wurzer P, Kamolz L, Lebo P, Tuca A, Rappl T, Wiedner M, Kuess K, Grohmann M, Koch H. A Multiple Regression Analysis of Postoperative Complications After Body-Contouring Surgery: a Retrospective Analysis of 205 Patients: Regression Analysis of Complications. *Obes Surg*. 2015;25(8):1482-90.

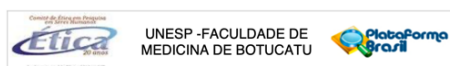
- 34 - Albino FP, Koltz PF, Gusenoff, JA. A Comparative Analysis and Systematic Review of the Wound-Healing Milieu: Implications for Body Contouring after Massive Weight Loss. *Plast Reconstr Surg*. 2009; 124(5),1675-82.
- 35 - Marouf A, Mortada H. Complications of Body Contouring Surgery in Postbariatric Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aesthetic Plast Surg*. 2021;45(6):2810-2820.
- 36 - Neaman KC, Hansen JE. Analysis of complications from abdominoplasty: a review of 206 cases at a university hospital. *Ann Plast Surg*. 2007;58: 292–298.
- 37 - Rubin J, Clavijo-Alvarez JA, Pannucci CJ, et al. Prevention of venous thromboembolism in body contouring surgery: a national survey of 596 ASPS surgeons. *Ann Plast Surg*. 2011;66:228–32.
- 38 - Shermak MA, Rotellini-Coltvet LA, Chang D. Seroma development following body contouring surgery for massive weight loss: patient risk factors and treatment strategies. *Plast Reconstr Surg*. 2008;122:280–288.

*

* *

9. ANEXOS

Anexo 1 - Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação do tratamento do paciente em Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica: Análise retrospectiva de 5 anos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Pesquisador: WEBER RIBOLLI MORAGAS

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 47939921.2.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Cirurgia e Ortopedia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.072.120

Apresentação do Projeto:

As informações descritas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa com data de 02/05/2023.

Introdução

Trata-se de emenda com a finalidade de alteração de título, solicitação de dispensa de TCLE e alteração de cronograma.

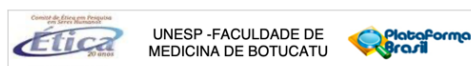
O estudo retrospectivo de avaliação de eficiência e segurança da cirurgia plástica pós-bariátrica realizados no período de 2015 a 2020, retornou ao CEP para análise de emenda, apresentando folha de rosto com número estimado de pacientes em 100 pessoas, solicitando número estimado, dispensa de TCLE por se tratar de estudo baseado em dados de prontuário de 2015 a 2020, com a maioria destes pacientes não mais em seguimento regular pela disciplina. A emenda refere-se a uma atualização da documentação, considerando-se que não há alteração de objetivos ou metodologia do projeto que já foram analisados pelo CEP anteriormente.

Objetivo da Pesquisa:

-Primário

Endereço: Chácara Butiglioni, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 CEP: 18.618-970
E-mail: cep@fmb.unesp.br

Página 01 de 04



Continuação do Parecer: 6.072.120

previamente aprovado em sua primeira versão e continuou nas demais emendas sem modificações."

PENDÊNCIA: 2 - Na Plataforma Brasil, o cronograma de execução não foi alterado, como também não foi solicitada a prorrogação dos prazos. Esclarecer ou readequar cronograma de execução.

RESPOSTA DO PESQUISADOR: "Realizamos nova readequação das datas em Plataforma Brasil de execução do projeto sem necessidade de maiores prorrogação dos prazos e aguardamos o parecer do CEP para que celeremente possamos iniciar a coleta de dados, visto que o projeto está incluído em um Mestrado Associado a Residência Médica e já foi solicitado prorrogação do mesmo para qualificação e defesa sem possibilidade de novas prorrogações."

ANÁLISE: Pendência atendida.

As pendências foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta resposta das pendências foi apresentada.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO da EMENDA apresentada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, a EMENDA apresentada encontra-se APROVADA.

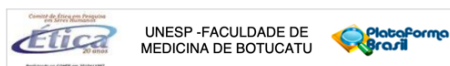
Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Endereço: Chácara Butiglioni, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 CEP: 18.618-970
E-mail: cep@fmb.unesp.br

Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 6.072.120

Analisar o tratamento ao paciente em seguimento com a disciplina de Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP em suas múltiplas etapas de atendimento, a partir da revisão retrospectiva de prontuários destes pacientes.

-Secundário

- Realizar o acolhimento do paciente obeso pela disciplina de Cirurgia Plástica durante o ambulatório da disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo com elaboração de cartilha de explanação sobre a abordagem do contorno corporal na cirurgia plástica pós-bariátrica; - Produzir protocolo de atendimento sistematizado com elementos pertinentes ao pré-operatório, intraoperatório e seguimento pós-operatório para fomentar novos estudos prospectivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Toda pesquisa envolve algum tipo de risco. Neste projeto de pesquisa, os riscos são mínimos, sendo relacionados a segurança de dados de paciente, considerados mínimos com o compromisso firmado de sigilo pelos pesquisadores.

Benefícios: Como benefícios indiretos para pacientes futuros, há possibilidade de ajustes no protocolo assistencial vigente, melhorando segurança e eficiência quando identificados neste estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como benefícios indiretos para pacientes futuros, há possibilidade de ajustes no protocolo assistencial vigente, melhorando segurança e eficiência quando identificados neste estudo.

No arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1846881_E1 consta período de coleta de dados do estudo retrospectivos do ano de 2015 a 2020 (cronograma de execução a coleta de dados de 22/05/2023 a 31/05/2023).

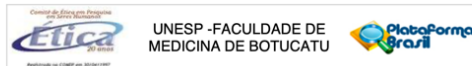
Cronograma de execução na PB: 02/05/2023 a 14/07/2023 (coleta de dados deverá ser iniciada após aprovação do CEP).

PENDÊNCIA: 1 - Esclarecer se foram coletados dados do projeto aprovado, pois a emenda proposta altera metodologia e objetivo do projeto inicial;

RESPOSTA DO PESQUISADOR: "Aguardamos a liberação do CEP para a coleta de dados em prontuário eletrônico e reforçamos que foram realizadas alterações pontuais em texto não terá prejuízo a metodologia previamente analisada pelo CEP, já que o mecanismo de coleta obedece a metodologia de protocolo presente em anexo 1. Esclareço que esse mecanismo de coleta foi

Endereço: Chácara Butiglioni, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 CEP: 18.618-970
E-mail: cep@fmb.unesp.br

Página 03 de 04



Continuação do Parecer: 6.072.120

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1846881_E1.pdf	02/05/2023 11:18:21	WEBER RIBOLLI MORAGAS	Aceito
Outros	Carta_RESPOSTA_CEP.pdf	02/05/2023 11:15:23	WEBER RIBOLLI MORAGAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Reformulado.pdf	02/05/2023 11:14:37	WEBER RIBOLLI MORAGAS	Aceito
Outros	Carta_justificativa_da_emenda_CEP.pdf	20/03/2023 04:13:30	WEBER RIBOLLI MORAGAS	Aceito
Outros	Anexo_1.pdf	18/01/2023 11:27:05	WEBER RIBOLLI MORAGAS	Aceito
Outros	Análise_de_Viabilidade_do_Projeto_de_Pesquisa_Emendas.pdf	18/01/2023 11:24:48	WEBER RIBOLLI MORAGAS	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_Institucional.pdf	18/01/2023 11:22:36	WEBER RIBOLLI MORAGAS	Aceito
Outros	Anuencia_HCFMB.pdf	18/01/2023 11:21:50	WEBER RIBOLLI MORAGAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_de_dispenza_do_termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	18/01/2023 11:17:59	WEBER RIBOLLI MORAGAS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	18/01/2023 11:17:32	WEBER RIBOLLI MORAGAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 22 de Maio de 2023

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butiglioni, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 CEP: 18.618-970
E-mail: cep@fmb.unesp.br

Página 04 de 04

Anexo 2 - Protocolo de Atendimento – Cirurgia Plástica Pós Bariátrica

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

(Adaptado de Mendes, F.H. & Viterbo, F. em Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica - 2016)

1ª ETAPA - Informações sobre o pré-operatório:

Nome: _____ Idade: _____

RG-UNESP: _____ Gênero: ☐ Masculino ☐ Feminino

Raça: ☐ Branco ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Pardo

Cirurgia Bariátrica: ☐ Sim ☐ Não Data: _____ Serviço: _____

Tipo: ☐ Bypass gástrico em Y-de-Roux (Fobi-Capella) ☐ Banda gástrica ajustável

☐ Gastrectomia vertical (Sleeve) ☐ Gastroplastia vertical bandada (Mason)

☐ Derivação biliopancreática (Scopinaro) ☐ Duodenal Switch ☐ Outras: _____

☐ Laparoscopia ☐ Aberta

Terapia auxiliar com balão intragástrico: ☐ Sim ☐ Não

Peso máximo (kg): _____

Menor peso após a cirurgia bariátrica (kg): _____

Máximo IMC (kg/m²): _____

Peso atual (kg): _____

Altura atual (m): _____

IMC atual (kg/m²): _____

Índice de Variação Ponderal: $IVP = \frac{[AP] \times 100}{P_1}$ (AP: variação de peso em kg nos últimos 90 dias)

(IVP < 3 = Peso estabilizado) P_1 (P₁: Peso inicial há 90 dias)

História de TVP ou TEP: ☐ Sim ☐ Não

Idade do início da obesidade (aproximadamente): ☐ 12 ou menos ☐ 13-18 ☐ 19-25 ☐ 26-35 ☐ 35 ou mais

História de biópsia em mamas: ☐ Sim ☐ Não

História de Câncer de mama: ☐ Sim ☐ Não

História de radioterapia em mamas: ☐ Sim ☐ Não

Cirurgia para o contorno corporal prévia: ☐ Não ☐ Sim

Qual: ☐ Face ☐ Mama/Tórax ☐ Abdômen ☐ Braços ☐ Reajuste do corpo superior

☐ Reajuste do corpo inferior ☐ Coxas

Tabagismo: ☐ Não ☐ Sim ☐ Parou

Se sim: Carga tabágica: _____ anos Cigarros/dia: _____

Se parou: ☐ Menos de 1 mês ☐ 1-3 meses ☐ 3-6 meses ☐ 6-12 meses ☐ Mais de 1 ano

Estado Civil: ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viúvo (a)

Gravidez: _____ Partos: _____ Cesárias: _____ Abortos: _____

Queixa principal: _____

Sintomas: _____

Localização: _____

Duração: _____

Gravidade: _____

Medicações em uso: ☐ Sim ☐ Não ☐ Informações pela revisão do prontuário

Se sim, quais: ☐ Anti-hipertensivos ☐ Corticoides ☐ Anti-inflamatórios não-esteroides (AINES) ☐ Hipoglicemiantes orais ☐ Insulina ☐ Anticoagulação ☐ Antidepressivos ☐ Psicotrópicos ☐ Antirrefluxo ☐ Fitoterápicos ☐ Anticoagulantes/cumarínicos ☐ Narcóticos ☐ Aspirina ☐ Contraceptivo oral ☐ Estrógeno/Terapia de reposição hormonal

Antecedente pessoal antes da perda de peso:

☐ Nenhum ☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Apneia do Sono ☐ Asma
☐ Doença do refluxo gastroesofágico ☐ Doença da tireoide
☐ Hipercolesterolemia ☐ Acidente Vascular Encefálico ☐ Infarto Agudo do Miocárdio
☐ Coagulopatia ☐ Evento Trombótico _____ ☐ Doença Renal
Epilepsia ☐ Anemia ☐ Arritmia Cardíaca _____ ☐ Depressão
☐ Ansiedade ☐ Fibromialgia

Antecedente pessoal atual:

☐ Nenhum ☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Apneia do Sono ☐ Asma
☐ Doença do refluxo gastroesofágico ☐ Doença da tireoide
☐ Hipercolesterolemia ☐ Acidente Vascular Encefálico ☐ Infarto Agudo do Miocárdio
☐ Coagulopatia ☐ Evento Trombótico _____ ☐ Doença Renal
Epilepsia ☐ Anemia ☐ Arritmia Cardíaca _____ ☐ Depressão
☐ Ansiedade ☐ Fibromialgia

Revisão dos sistemas:

☐ Todos negativos

Negativo	Positivo		Comentários:
☐	☐	Constitucional	Comentários:
☐	☐	Tegumento	Comentários:
☐	☐	Olhos	Comentários:
☐	☐	Trato naso-otofaríngeo	Comentários:
☐	☐	Neurológico	Comentários:
☐	☐	Psiquiátrico	Comentários:
☐	☐	Musculoesquelético	Comentários:
☐	☐	Cardiovascular	Comentários:
☐	☐	Respiratório	Comentários:
☐	☐	Gastrointestinal	Comentários:
☐	☐	Genitourinário	Comentários:
☐	☐	Endócrino	Comentários:
☐	☐	Hematológico	Comentários:
☐	☐	Imunológico	Comentários:

Teve sintomas de Dumping? ☐ Sim ☐ Não

Correntemente: ☐ Sim ☐ Não

Duração (meses): _____

☐ Informações pela revisão de prontuário

Antecedente familiar:

☐ Nenhum ☐ Obesidade ☐ Doença coronariana ☐ Diabetes Mellitus ☐ Câncer de mama
☐ Coagulopatias

Alergias:

☐ Alergia a drogas desconhecidas ☐ Penicilina ☐ Sulfá ☐ Cefalosporinas ☐ Látex
☐ Outros _____

Suplementos:

☐ Nenhum ☐ B12 ☐ Ferro ☐ Cálcio ☐ Polivitamínicos ☐ Ingesta de proteínas (g): _____

Observações da avaliação nutricional: _____

Foi realizada abordagem psicológica? ☐ Sim ☐ Não

Observações da avaliação psicológica: _____

Exame físico:

Olhos ☐ Dentro dos limites normais ☐ Não realizado ☐ Achados positivos

Trato naso-otofaríngeo ☐ Dentro dos limites normais ☐ Não realizado ☐ Achados positivos

Respiratório ☐ Dentro dos limites normais ☐ Não realizado ☐ Achados positivos

Cardiovascular ☐ Dentro dos limites normais ☐ Não realizado ☐ Achados positivos

Genitourinário ☐ Dentro dos limites normais ☐ Não realizado ☐ Achados positivos

Linfático ☐ Dentro dos limites normais ☐ Não realizado ☐ Achados positivos

Neurológico ☐ Dentro dos limites normais ☐ Não realizado ☐ Achados positivos

Psiquiátrico ☐ Dentro dos limites normais ☐ Não realizado ☐ Achados positivos

Tórax/Mamas:

☐ Dentro dos limites normais ☐ Não realizado ☐ Outros: _____
☐ Massa em mama D ☐ Massa em mama E ☐ Descarga papilar ☐ Dobra lateral
☐ Ptose grau 1 ☐ Ptose grau 2 ☐ Ptose grau 3 ☐ Posição do mamilo medializado
bilateralmente ☐ Exantema intertriginoso ☐ Assimetria (D>E) ☐ Assimetria (E>D)
☐ Mamilo invertido à direita ☐ Mamilo invertido à esquerda
☐ Retrações em pele ☐ Esquerda ☐ Direita

Pele e anexos:

☐ Dentro dos limites normais ☐ Não realizado ☐ Outros: _____
☐ Intertrigo difuso ☐ Diversas dobras pelo corpo

Abdômen:

☐ Dentro dos limites normais ☐ Não realizado ☐ Outros: _____
☐ Exantema intertriginoso ☐ Pannus ☐ Massa ☐ Múltiplas cicatrizes pela videolaparoscopia ☐ Cicatriz de cesariana ☐ Cicatriz de McBurney ☐ Cicatriz mediana
☐ Cicatriz subcostal ☐ Direita ☐ Esquerda
Cicatriz paramediana ☐ Flacidez cutânea epigástrica/supraumbilical
☐ Múltiplas dobras
☐ Hernia umbilical redutível ☐ Sim ☐ Não
☐ Hernia ventral redutível ☐ Sim ☐ Não

Braços:

☐ Dentro dos limites normais ☐ Adiposidade ☐ Baixo tônus da pele ☐ Esvaziado

Glúteos:

☐ Dentro dos limites normais ☐ Adiposidade ☐ Hipotonicidade ☐ Esvaziado

Pernas/Coxas:

☐ Dentro dos limites normais ☐ Não realizado ☐ Outros: _____
☐ Adiposidade ☐ Hipotonicidade cutânea ☐ Esvaziado
☐ Varicosidade significativa ☐ Direita ☐ Esquerda
☐ Insuficiência venosa ☐ Direita ☐ Esquerda
☐ Edema ☐ Direita ☐ Esquerda

2ª ETAPA - Informações sobre o intraoperatório:

Quantidade de tecido ressecado em cada cirurgia _____ kg
Procedimentos realizados indicados e técnica cirúrgica optada:
☐ Reajuste corporal inferior – Cirurgia: _____ IMC: _____
Tempo cirúrgico: _____ Data da cirurgia: ____/____/____ ☐ Não indicada
☐ Reajuste corporal superior – Cirurgia: _____ IMC: _____
Tempo cirúrgico: _____ Data da cirurgia: ____/____/____ ☐ Não indicada
☐ Reajuste dos membros inferiores – Cirurgia: _____ IMC: _____
Tempo cirúrgico: _____ Data da cirurgia: ____/____/____ ☐ Não indicada
☐ Reajuste dos membros superiores – Cirurgia: _____ IMC: _____
Tempo cirúrgico: _____ Data da cirurgia: ____/____/____ ☐ Não indicada
☐ Reajuste cervico-facial – Cirurgia: _____ IMC: _____
Tempo cirúrgico: _____ Data da cirurgia: ____/____/____ ☐ Não indicada
Necessitou de intervenções adicionais devido evento adverso: ☐ Sim ☐ Não
Comentários: _____
Foi realizado associações de cirurgias: ☐ Sim ☐ Não
Comentários: _____
Apresentou intercorrências no intraoperatório: _____

3ª ETAPA - Informações sobre o pós-operatório:

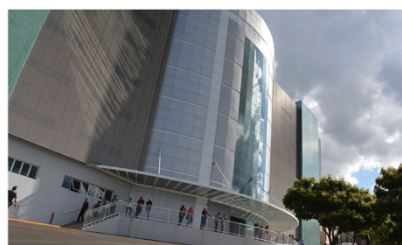
Peso pós-operatório: _____ kg
IMC pós-operatório: _____ kg
Satisfação com a cirurgia:
☐ Muito Satisfeito(a) ☐ Satisfeito(a) ☐ Regular ☐ Insatisfeito(a) ☐ Muito Insatisfeito(a)
Apresentou eventos adversos: ☐ Sim ☐ Não
Especificar o procedimento e complicação: _____

☐ Seroma ☐ Deiscência de Sutura ☐ Anemia Pós-operatória ☐ Dor pós-operatória ☐
Linfocele, Linforrêia e Linfedema ☐ Cicatriz inestética ☐ Lesões pelo posicionamento cirúrgico ☐ Hematomas ☐ Hipotermia ☐ Infecção ☐ Atelectasia pulmonar
☐ Tromboembolismo ☐ Outras: _____

Cartilha de atendimento do paciente na Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica

Um guia sobre o acolhimento em uma nova
jornada de vida!

Hospital das Clínicas da Faculdade de
Medicina de Botucatu – HCFMB



Boas-Vindas!

Caro(a) paciente,

Seja muito bem-vindo(a) ao Ambulatório de Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu! Estamos felizes em recebê-lo(a) neste espaço dedicado ao seu cuidado e bem-estar após a jornada significativa pela cirurgia bariátrica com grandes emagrecimentos.

Sabemos que o caminho após a obesidade envolve não apenas a transformação física, mas também aspectos emocionais e sociais. Nossa equipe está aqui para oferecer um suporte integral, contribuindo para que essa fase seja positiva e satisfatória para você...

Comprometemo-nos a fornecer um atendimento personalizado, pautado na excelência médica e na sensibilidade às suas necessidades individuais. Seja para discutir preocupações específicas sobre as cirurgias plásticas do contorno corporal, orientações sobre o processo de recuperação ou simplesmente para oferecer suporte emocional, estaremos à disposição!

Estamos ansiosos para acompanhá-lo(a) nesses novos passos!

Seja bem-vindo(a) ao nosso atendimento!

Atenciosamente,

Equipe de professores e médicos residentes da Disciplina de Cirurgia Plástica
Ambulatório de Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB)
Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Sobre a sua primeira consulta...

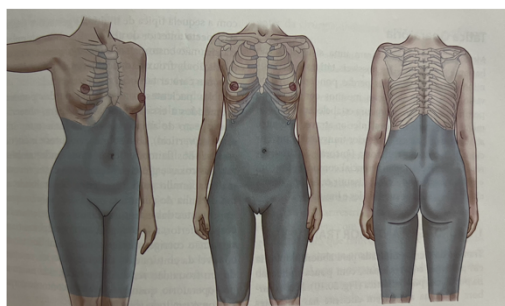
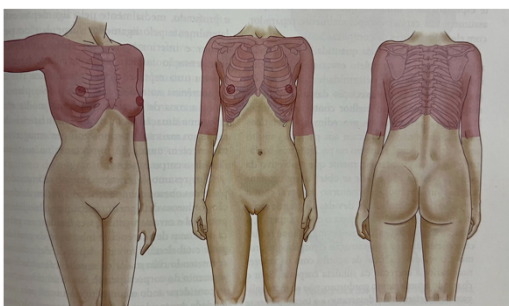
Na sua primeira consulta, você terá a oportunidade de conhecer nossa equipe especializada e discutir detalhes importantes relacionados à sua saúde e processo de recuperação. Aqui estão alguns aspectos que você pode esperar durante essa visita inicial:

1. **Introdução:** Ao chegar, será recebido(a) calorosamente por nossa equipe. Durante essa fase inicial, teremos o prazer de conhecê-lo(a) e entender melhor suas expectativas e preocupações.
2. **Revisão do Histórico Médico:** Discutiremos seu histórico médico, incluindo detalhes sobre sua cirurgia bariátrica, condições médicas anteriores e qualquer informação relevante para a sua saúde atual.
3. **Avaliação Física:** Realizaremos uma avaliação física para compreender melhor a sua condição pós-bariátrica, e identificar áreas específicas que requerem atenção cirúrgica ou cuidados adicionais.
4. **Discussão de Metas e Expectativas:** Queremos entender suas metas e expectativas em relação à cirurgia plástica pós-bariátrica. Este é um momento para compartilhar suas preocupações estéticas e discutir quaisquer objetivos específicos que você tenha em mente.
5. **Explicação do Plano de Tratamento:** Com base na nossa avaliação e nas suas metas, explicaremos o plano de tratamento recomendado, incluindo procedimentos cirúrgicos, se aplicável, e outras opções de cuidados.
6. **Oportunidade para Perguntas:** Encorajamos você a fazer perguntas a qualquer momento. Queremos garantir que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas e que você se sinta totalmente informado(a) sobre o seu plano de cuidados.

Lembre-se de trazer consigo quaisquer registros médicos relevantes, lista de medicamentos e, se possível, anotar suas perguntas antes da consulta para garantir que abordemos todos os seus pontos importantes.

Entendendo os reajustes do corpo superior e do corpo inferior...

- Costumamos usar a analogia de que, durante o período em que você estava acima do peso, sua pele se esticou como uma roupa. A cirurgia de contorno corporal, nesse contexto, assemelha-se ao trabalho minucioso de um alfaiate que ajusta e remodela essa pele, agora adaptada ao seu novo corpo após o emagrecimento. Essa cirurgia é como um conjunto de ajustes, pensando tanto no corpo superior quanto no inferior, proporcionando uma harmonização completa para refletir a sua jornada de transformação.



Sobre os principais procedimentos...



Abdominoplastia anterior (Âncora ou Flor-de-Lis): Uma variação da abdominoplastia que envolve incisões adicionais verticais na área do abdômen para corrigir a flacidez não apenas na região inferior, mas também nas laterais.



Abdominoplastia circunferencial: Esta técnica aborda a flacidez ao redor da cintura e pode ser combinada com abdominoplastia com abordagem anterior, realizando a remoção do excesso de pele e gordura tanto na parte frontal quanto nas costas.



Dorsoplastia: Concentra-se na remoção do excesso de pele e gordura nas costas ao nível das mamas, proporcionando um contorno mais definido e reduzindo a flacidez na região dorsal.



Mamoplastia (Cirurgia de Mama): Pode incluir a elevação e remodelação das mamas para corrigir a flacidez após a perda significativa de peso. Implants mamários podem ser considerados, se necessário.



Braquioplastia (Cirurgia de Braços): Remove o excesso de pele e gordura nos braços, reduzindo a flacidez e melhorando a definição da região.



Crurioplastia (Cirurgia de Coxas): Foca na remoção do excesso de pele e gordura nas coxas, promovendo uma aparência mais contornada e proporcionando mais conforto ao paciente.



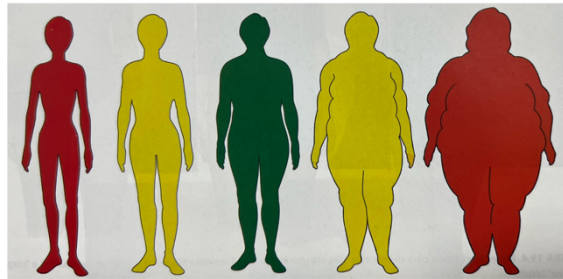
Lifting Facial: Em alguns casos, pode ser recomendado para melhorar a flacidez facial resultante da perda de peso, proporcionando um aspecto mais jovem.



Lipoenxertia Glútea: Envolve a transferência de sua própria gordura, retirada de outras áreas do corpo, para os glúteos, visando melhorar o volume e a forma, resultando em um contorno glúteo mais agradável.

A importância do controle do peso e seguimento nutricional...

A estabilização do peso é um critério crucial para determinar a viabilidade da cirurgia. Manter um acompanhamento nutricional constante, juntamente com a suplementação adequada de vitaminas, é essencial para garantir o sucesso do procedimento. Recomenda-se atenção especial à faixa de Índice de Massa Corporal (IMC) considerada ideal para sua segurança em prevenir complicações pós-operatórias.



SINAL VERDE:

IMC entre 24-28 g/m².

SINAL AMARELO:

IMC entre 20-24 g/m² e entre 28-32 g/m².

SINAL VERMELHO:

IMC acima de 32 g/m² ou abaixo de 20 g/m².

Sobre as complicações do pós-operatório...

1. **Seroma:** O seroma, caracterizado pelo acúmulo anormal de fluido próximo à incisão cirúrgica, é uma complicação possível após procedimentos corporais. Geralmente benigno, pode causar desconforto e inchaço localizado. O tratamento envolve drenagem cuidadosa do líquido acumulado, comumente através de aspiração, para aliviar os sintomas e promover a cicatrização adequada da área afetada.
2. **Deiscência de Sutura:** A deiscência de sutura refere-se à abertura das bordas da incisão antes da completa cicatrização. Esta complicação pode resultar em exposição de tecidos internos e aumentar o risco de infecções. O tratamento geralmente envolve a revisão e o reforço da sutura, juntamente com cuidados adicionais para prevenir complicações secundárias.
3. **Anemia Pós-Operatória:** A anemia pós-operatória é uma condição decorrente da perda de sangue durante a cirurgia. O acompanhamento cuidadoso dos níveis de hemoglobina é crucial, e em casos mais graves, podem ser necessárias transfusões sanguíneas ou suplementação de ferro para corrigir a deficiência e garantir uma recuperação saudável.
4. **Dor Pós-Operatória crônica:** A dor pós-operatória é uma experiência comum, mas sua gestão eficaz é essencial para o conforto do paciente. O cuidado com sua anatomia para evitar lesões nervosas é importante para que essa dor não se torne recorrente.

Sobre as complicações do pós-operatório...

5. **Linfocele:** A linfocele é o acúmulo de linfa em uma área específica, formando uma coleção. Embora muitas vezes benigna, pode levar ao desconforto e infecção. A drenagem aspirativa é uma abordagem comum para aliviar a linfocele, podendo ser necessária a intervenção cirúrgica em casos mais graves.
6. **Linfedema:** O linfedema é o inchaço causado por uma obstrução no sistema linfático, comum após cirurgias. A gestão envolve terapias de compressão, fisioterapia especializada e, em casos mais graves, procedimentos cirúrgicos para melhorar o fluxo linfático.
7. **Cicatriz Inestética:** Embora cicatrizes sejam inevitáveis, técnicas cirúrgicas especializadas visam minimizar a aparência estética de possíveis alargamentos, hipertrofias cicatriciais e queloides. A cicatrização é um processo contínuo, e o uso de cremes e tratamentos específicos pode ser recomendado para otimizar os resultados visuais.
8. **Hematoma:** O hematoma é um acúmulo de sangue fora dos vasos sanguíneos, causando inchaço e dor. Em casos leves, pode ser reabsorvido pelo corpo, mas hematomas maiores podem requerer drenagem para prevenir complicações adicionais.

Sobre as complicações do pós-operatório...

9. **Hipotermia:** A hipotermia, queda da temperatura corporal, é uma preocupação durante procedimentos cirúrgicos extensos. O aquecimento adequado do paciente, com cobertores aquecidos e sistemas de aquecimento, é fundamental para evitar complicações associadas à hipotermia.
10. **Infecção de Sítio Operatório:** Uma infecção no local da cirurgia é uma complicação séria que pode ocorrer. A prevenção envolve medidas rigorosas de higiene, uso adequado de antibióticos e monitoramento atento de sinais de infecção, como inchaço, vermelhidão e dor intensa.
11. **Tromboembolismo:** O tromboembolismo, formação de coágulos sanguíneos, é uma complicação vascular séria que pode levar a complicações graves. Medidas preventivas, como mobilização precoce, meias de compressão e uso de dispositivos de compressão pneumática, são essenciais para minimizar o risco de tromboembolismo e garantir a segurança do paciente.

Participe das oficinas de acolhimento e do apoio psicológico durante seu tratamento!

O suporte psicológico desempenha um papel essencial na jornada pós-bariátrica, oferecendo aos pacientes a compreensão e as ferramentas necessárias para enfrentar os desafios emocionais associados às mudanças físicas. Em particular, as reuniões em Oficinas de Acolhimento, facilitadas por multiprofissionais, criam um ambiente seguro para compartilhar experiências e estratégias de enfrentamento. Esses encontros não apenas promovem a troca de informações práticas, mas também cultivam conexões valiosas entre os participantes, proporcionando uma rede de apoio fundamental durante a adaptação às novas condições de vida.

O acompanhamento do Cirurgião Plástico, do Cirurgião do Aparelho Digestivo, dos Nutricionistas, dos Psicólogos e dos Fisioterapeutas nestes encontros em grupo oferecem uma abordagem holística, abrangendo diferentes aspectos da saúde física e emocional. A compreensão aprofundada desses profissionais contribui para a construção de uma base sólida, auxiliando os pacientes na gestão emocional, no desenvolvimento de hábitos saudáveis e na promoção de uma imagem corporal positiva. Em última análise, essa abordagem integrada visa fornecer suporte abrangente, permitindo que os pacientes alcancem um equilíbrio sustentável em sua jornada pós-bariátrica.



Seja acolhida no seu propósito de transformação!

Texto baseado: Mendes FH, Viterbo F. Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica. Rio de Janeiro: Editora DiLivros; 2016.

Departamento de Cirurgia e Ortopedia – Disciplina de Cirurgia Plástica – Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n

UNESP - Campus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687

E-mail: dep.cirurgiaeortopedia.fmb@unesp.br

Telefone: (14)3880-1448

Fax: (14) 3880-1669

Horário de Funcionamento: Segunda à Sexta das 8:00 às 11:30 e das 13:30 às 18:00