

Cirurgia Plástica Estética - Avaliação dos Resultados

Marcus Castro Ferreira¹

- 1] Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Chefe da Divisão de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência:

R. Barata Ribeiro, 483 Cj. 161/162
São Paulo – SP
01308-000

Fone: (11) 256-4899 – Fax: (11) 256-9836
e-mail: mcferrei@usp.br

Unitermos: Cirurgia plástica; cirurgia estética; avaliação; rejuvenescimento facial; mastoplastias.

RESUMO

A cirurgia plástica estética tem tido importante divulgação nos últimos anos.

A expectativa dos pacientes quanto aos resultados dos procedimentos é frequentemente irreal, demonstrando a falta de correta divulgação de seus limites e possibilidades.

O presente trabalho tem como finalidade discutir a avaliação dos resultados da cirurgia estética, exemplificando com os critérios utilizados para a ritidoplastia e mastoplastia.

A cirurgia plástica é hoje uma área de atuação bastante ampla, que pode ser definida pelo conjunto de procedimentos clínicos e cirúrgicos utilizados pelo médico para reparar e reconstruir partes do revestimento externo do corpo humano. Permite, assim, a correção de eventual desequilíbrio psicológico causado pela deformação. O objetivo final é sempre o de promover melhor qualidade de vida para os pacientes.

A eficiência do tratamento proposto deve ser avaliada, segundo os princípios científicos da medicina, com base em evidências. Os resultados obtidos com o emprego das técnicas cirúrgicas são submetidos a critérios conhecidos. Por exemplo, nos casos de ausência de uma orelha, a outra, “normal”, é o padrão que representa a forma que pretendemos atingir, embora raramente consigamos. Quando há diferentes procedimentos cirúrgicos possíveis, a eficiência deles e seus índi-

ces de sucesso devem ser comparados.

Na cirurgia plástica determinamos a melhoria obtida em relação à situação inicial e não em relação a um eventual padrão ideal de beleza. Esses conceitos são claros se considerarmos a cirurgia plástica, dita “reparadora”, relacionada às deformidades congênitas ou adquiridas, em geral desvios do “normal” – por exemplo, em criança que nasce com fissura labiopalatina ou em paciente com o corpo afetado por extensa queimadura.

Entretanto, na parte da cirurgia plástica que tem sido denominada de cirurgia estética, esses critérios não são tão facilmente aplicados. A própria definição do que é cirurgia estética é ainda controversa e há poucos trabalhos na literatura médica sobre a avaliação de seus procedimentos baseada em evidências. A

superexposição do tema na mídia leiga afeta ainda mais a correta percepção do papel dessas cirurgias na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Há críticas de que seriam modismo ou futilidade.

Para efeito deste trabalho, usaremos as definições de cirurgia reparadora e estética dadas pela American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons para efeito de cobertura de seguro-saúde, aprovadas pela American Medical Association em 1989⁽²⁾.

A cirurgia reparadora é aquela realizada em estruturas anormais do corpo causadas por defeitos congênitos, anomalias do desenvolvimento, trauma, infecção, tumor ou doença. É geralmente feita para melhorar uma função, mas pode também ser feita para uma aproximação de aparência normal.

Cirurgia estética é a realizada para dar nova forma a estruturas normais do corpo, com o objetivo de melhorar a aparência e a auto-estima. Assim, a cirurgia plástica estética tem por objetivo melhorar a aparência de pessoas cujo problema não tenha sido causado por doença ou deformidade. São alterações fisiológicas, como o envelhecimento, a gravidez ou desvios da forma externa do corpo, que não configuram patologia, mas causam alterações psicológicas.

Os procedimentos cirúrgicos podem ser agrupados: aqueles para rejuvenescimento facial (ritidoplastias, blefaroplastias, entre outros); para melhorar o contorno corporal (lipoaspiração, abdominoplastias, torsoplastia, etc.), as cirurgias para alterar o volume e forma da mama (mastoplastias), as destinadas a melhorar a forma do nariz (rinoplastias), da orelha (otoplastias), etc⁽⁵⁾.

Não há, na literatura, como já dissemos, muitos relatos sobre avaliação mais precisa e objetiva dos resultados dessas intervenções. Os critérios, na maioria das vezes, são subjetivos, seja por parte do cirurgião, seja por parte dos pacientes, e estes, muitas vezes, são induzidos por expectativas falsas difundidas pela mídia leiga.

Parece fundamental que a avaliação seja mais clara para que essas intervenções possam ser consideradas como o são quaisquer outros procedimentos médicos. Acreditamos que elas são benéficas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, mas devem ser estudadas com critérios mais científicos baseados em evidências.

Não há dúvida de que é uma tarefa difícil. Apresenta-

remos, neste artigo, o resumo de pesquisas que vimos realizando na Divisão de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da FMUSP, procurando introduzir a avaliação na Cirurgia Plástica Estética. Temos utilizado desde 1991 dois critérios principais: a avaliação “estética” e o grau da satisfação dos pacientes.

A estética do corpo humano não pode ser medida pelos critérios clássicos de avaliação científica, pois o conceito do belo é subjetivo e sujeito a variações e gosto individual; no corpo humano não há belo “normal”, e a estética filosófica se preocupa com o belo ideal, artístico, por definição fora da média. É difícil defini-lo, pois é variável segundo os costumes, a época, a raça e a população.

Hegel considerava o belo “como o que não se define mas é imediatamente reconhecível quando se vê”. Dizia ser importante que contivesse harmonia. Estudiosos da estética dividem desde o início do século o julgamento estético em três estágios: a apreensão do objeto pelos sentidos, comparação com experiências anteriores e, segundo a linha de Kant e Schopenhauer, a concretização da sensação do belo pelo prazer cedido a quem observa.

Farkas, em trabalho de caráter antropológico, tentou definir as medidas físicas faciais consideradas atraentes em jovens da Califórnia, mas, embora tenha coletado número expressivo de dados sobre ângulos e linhas faciais, não conseguiu caracterizar quais deles definiriam, em teoria, uma pessoa como atraente⁽⁴⁾.

Parece-nos evidente que o conceito ideal de beleza não deva ser utilizado para definir o resultado da cirurgia e a capacidade do cirurgião plástico. No estágio atual da ciência não há como chegarmos à perfeição estética para toda a humanidade.

Os procedimentos cirúrgicos devem procurar melhorar aspectos estéticos daquela parte corpórea, daquela face ou mama, supondo, é claro, que haja “déficit estético”. A avaliação dos resultados determinará se houve melhoria no que se procurou tratar. Em outras palavras, deve-se tentar estabelecer se houve ganho estético após a realização do procedimento, em que grau e em qual proporção, comparativamente com a situação que existia anteriormente.

A comparação entre diferentes técnicas é fundamental para determinar qual seria a mais eficiente para aquela indicação. A introdução de nova técnica só se justifica quando vier substituir outra, já realizada, com

vantagem. Há necessidade de casuísticas maiores, seguidas com tempo adequado, para que essa comparação seja mais conclusiva.

Na discussão sobre resultado cirúrgico, é muito relevante o estudo da incidência de complicações e, principalmente, de fatores que levem a alterações estéticas ditas “negativas”. Não há dúvida de que o dado geral mais importante refere-se à quantidade e à qualidade de cicatrizes resultantes, inevitáveis em qualquer operação em que se incisa, além da pele, pelo menos o celular subcutâneo. Do ponto de vista psicológico, reveste-se de caráter ainda mais importante para os pacientes por revelar que passaram por transformação estética – eles não podem esconder que fizeram a cirurgia.

Trabalhos da década de 70⁽³⁾ e mais recente⁽¹⁾ procuraram quantificar o aspecto estético da cicatriz, dando notas a aspectos da cicatriz como coloração, forma, volume e distinção dos tecidos vizinhos. Propõem critérios para separar as cicatrizes de evolução normal, esteticamente menos percebidas, daquelas exuberantes (hipertróficas) ou mesmo patológicas (quelóides).

A porcentagem de complicações encontrada em populações operadas com diferentes técnicas é importante, deve ser cotejada com a encontrada em média naquela comunidade e eventualmente comparada com dados internacionais. Esses dados – evidências – devem, hoje, fazer parte de qualquer publicação que trate de tema cirúrgico em que o aspecto das cicatrizes seja importante. A relevância desses conceitos e sua quantificação no contexto médico-legal parece-nos clara.

O critério, talvez fundamental hoje para a avaliação dos resultados de procedimento estético, principalmente nos EUA, é o da satisfação dos pacientes.

Inicialmente considerado subjetivo, aleatório e, portanto, pouco científico, passou a ter maior importância nos “outcome studies”, em que se acrescentaram medidas mais objetivas de comportamento, tais como questionários padronizados, que inferem características de comportamento, e testes psicológicos conhecidos, que afastam idéias preconcebidas e passam a refletir mais adequadamente o ganho na auto-estima obtido após essas operações.

Sarwer et al., em trabalho recente⁽⁹⁾, fazem revisão dos métodos psicológicos investigativos usados na cirur-

gia estética e propõem critérios baseados na imagem corporal. Esta é definida como o conceito multifacetado, compreendendo os pensamentos e o comportamento a respeito do corpo, influenciados no desenvolvimento por fatores perceptivos e socioculturais. A imagem corporal já havia sido definida como o conjunto de percepções, pensamentos e sentimentos sobre o corpo e experiências corporais.

Eles retomam o tema de que as pessoas procuram a cirurgia estética não somente para alterar sua aparência externa (seu esquema corporal), mas também para a transformação de aspectos psicológicos relacionados ao corpo (ou partes dele), sua imagem corporal. Quatro elementos do conceito de imagem corporal são importantes aqui: a realidade física da aparência em geral, a percepção dela pelo paciente, a importância dada por ele a essa aparência e, o que é talvez o mais importante, seu grau de insatisfação com ela.

A investigação dos resultados do tratamento cirúrgico deverá ser também feita com base no ganho psicológico conseguido após a cirurgia. A questão é complexa porque não se conhece o grau de insatisfação com a imagem corporal existente na população em geral, ou naquela que procura cirurgia estética. Não são as alterações patológicas com grau extremo de insatisfação com a forma do corpo – as dismorfias (“body dysmorphic disorders”).

Iniciamos, na década de 90, os estudos sobre o tema, com a colaboração da Dra. Sandra Faragó Ribeiro, psicóloga com atuação na Divisão de Cirurgia Plástica. Ela usou questionários e testes psicológicos bem conhecidos, tais como o do “Desenho da Figura Humana” (DFH)⁽⁶⁾ e o “Crown-Crisp Experimental Index” (CCEI), que permitem medir alterações em traços da personalidade, comparando os dados antes e após a modificação da forma externa promovida pela cirurgia. Os trabalhos mais significativos foram feitos com a cirurgia estética de face e plástica redutora de mama.

REJUVENESCIMENTO FACIAL

Como avaliar mais corretamente o tratamento feito no envelhecimento facial? O que buscam os cirurgiões alcançar com os procedimentos, uma vez que é sabido não poderem alterar esse envelhecimento, mas somente atenuar os seus aspectos mais visíveis? A única certeza que temos é que esses procedimentos não devem ser considerados procedi-

mentos “embelezadores”, pois trariam em si o conceito errôneo de que “o que é velho é feio”.

Os métodos clínicos e cirúrgicos usados na prática clínica para o chamado “rejuvenescimento facial” são ainda, para muitos, de indicação controversa, e seu estudo tem sido comprometido pela ausência, até recentemente, de investigações em hospitais universitários, pois são procedimentos cirúrgicos não autorizados pelo SUS.

O que se conhecia provinha principalmente de observações subjetivas feitas em pacientes de clínica privada, sem a isenção científica imprescindível para a correta interpretação dos resultados, pois havia, muitas vezes, comprometimento com aspectos comerciais, como a necessidade de angariar novos clientes.

Se observarmos o que vem ocorrendo na divulgação dos chamados novos métodos para tratar o envelhecimento, principalmente na mídia leiga, fica claro esse estado de coisas, pois há manipulação de dados e muito “marketing”.

Nos últimos dez anos pudemos fazer observações mais acuradas sobre diferentes métodos usados para o rejuvenescimento, incluindo procedimentos cirúrgicos, tratamentos exfoliativos da pele, o laser e outros.

Preocupou-nos principalmente, como cirurgiões, medir o resultado das ritidoplastias ou suspensões faciais (“face-lifts”), consideradas como o principal método para o rejuvenescimento facial, e para tal usamos o índice de satisfação das pacientes, testes para avaliação de personalidade e incidência de complicações.

A avaliação estética feita pelo cirurgião, observadores e pacientes, em que se comparam fotografias do pré e pós-operatório, revelou ser muito subjetiva e inconsistente para produzir evidências. A incidência de complicações é baixa em mãos treinadas e comparável às porcentagens citadas em literatura internacional.

O índice de satisfação das pacientes e os testes psicológicos para avaliação de personalidade foram mais produtivos.

Há, em geral, três razões principais para a paciente querer fazer a plástica: 1 - melhorar sua confiança profissional; 2 - ganhar mais confiança em si mesma, em sua vida pessoal; 3 - aliviar o desconforto da face cansada que não corresponde à sensação interna de juventude.

No pré e pós-operatório (6 meses) as pacientes (todas foram mulheres) foram solicitadas a responder perguntas, em entrevista semidirigida (questionário), e a realizar testes do desenho da figura humana – pedia-se que elas desenhassem, dentro de espaço predefinido, a figura de uma pessoa da forma que quisessem e que respondessem outro teste, o Crown Crisp – teste com questões criado por dois ingleses para determinar a dinâmica de personalidade e eventuais alterações causadas por agentes externos, no caso, a operação.

Os resultados mais significativos foram⁽⁸⁾:

- ◆ As pacientes se mostraram, em geral, satisfeitas com o resultado, pois o índice de complicação foi baixo – somente em alguns casos as cicatrizes aparentes foram motivo de preocupação.
- ◆ Não há dúvida de que o “mito” da cirurgia plástica influenciou diretamente a impressão das pacientes – principalmente quando realizadas por cirurgiões renomados -, no caso os cirurgiões do Hospital das Clínicas de São Paulo.
- ◆ A gratidão e certa admiração que sentiam pelos médicos também influenciaram o modo como avaliaram o resultado. Esse fato reforça nossa compreensão de que a relação médico-paciente é fundamental nessa avaliação. O bom relacionamento com o médico fez, às vezes, a paciente considerar bom o resultado estético até mesmo sofrível, enquanto a perda do relacionamento pode criar frustração e sentimento de revolta nas pacientes causando litígio, embora o resultado objetivo possa ter sido o que em média se esperasse de cirurgiões naquela comunidade.
- ◆ A operação melhorou a qualidade de vida, pois ocorreu melhora na auto-estima e na segurança, fez com que essas mulheres se sentissem capazes de alcançar seus objetivos de vida e a ter maior desenvolvimento, inclusive, em alguns casos, com ganhos profissionais. Ainda nos aspectos psicológicos, foram observados no pós-operatório índices menores de ansiedade e depressão.

MASTOPLASTIAS

A mastoplastia é a cirurgia plástica das mamas. Consideram-se duas formas de mastoplastia estética: a de aumento (geralmente com próteses de silicone) e a de redução. A mastoplastia de redução é dos mais frequentes procedimentos realizados em cirurgia plástica no Brasil.

As pacientes procuram a cirurgia para redução do tamanho das mamas e assim eliminar sintomatologia (dor na coluna ou no ombro, intertrigo, desconforto, entre outros) ou somente para melhorar o aspecto estético ou a combinação dos dois. A avaliação dos resultados pode ter, portanto, critérios objetivos - a eliminação dos sintomas -, mas deve também ter outros - estéticos e pessoais.

Há, hoje, preocupação mais específica com esse tipo de operação, porquanto temos que definir, para efeito de cobertura por planos de saúde, se o procedimento é estético (não coberto) ou reparador (coberto).

Se nos basearmos na experiência de outros países, em especial dos Estados Unidos e da Alemanha, teríamos que utilizar critérios quantitativos de volume das mamas para separar os dois grupos. O mais usual naqueles países é o de considerar "reparador" o procedimento no qual o peso que foi retirado da mama ultrapassou 500 g, e o estético, quando inferior a ele. Schnur propôs um método mais sofisticado, em que se cotejava o peso da mama ressecada com a área de superfície corpórea ($BSA = k \cdot hm \cdot wn$), em que h é a altura, w é o peso e k , m e n são as constantes⁽¹⁰⁾.

No Brasil, até o momento, talvez exatamente por não haver definição da própria cirurgia estética, os planos de saúde não autorizam nenhuma forma de mastoplastia redutora. O SUS autoriza essas operações em alguns casos, segundo critérios pouco claros - em geral são feitas em Hospitais Universitários -, e somente naquelas grandes hipertrofias em que o fator "sintomatologia" parece ser mais importante para o paciente do que o "estético". Avaliada sob o ponto de vista da sintomatologia, a mastoplastia redutora oferece resultados confiáveis, não havendo mais nenhuma dúvida a respeito.

O problema principal reside nos aspectos estéticos pois, com o aparecimento de técnicas mais criativas, conseguimos resultados estéticos melhores, mas ainda longe da perfeição estética idealizada pelas pacien-

tes e apregoadas pela mídia.

Para o cirurgião plástico, a cirurgia é indicada sempre que puder ajudar a paciente, independente da querela legal, mas, com o propósito de estudarmos os resultados, separamos as pacientes em grupos cuja ressecção de tecido de mama por lado foi menor que 500 g, aquelas entre 500 e 1000 g e acima disso (gigantomastia).

Desde 1990, estudamos os resultados em pacientes com hipertrofia mamária submetidas a mastoplastia redutora e mastopexia, usando critérios estéticos e o de satisfação das pacientes.

A avaliação estética é feita pelo cirurgião, pela paciente e observadores independentes antes (pré-operatório), no pós-operatório de 1 mês (recente), após 6 meses (médio), após 1 ano e após 2 anos (tardio). Foi idealizada escala de notas para a estética de elementos da mama, como se verifica no quadro abaixo:

Volume	Forma	Simetria	Aréola/mamilo	Cicatriz	Total
0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0 to 10

A nota 0 de cada item era sempre dada para o mau aspecto estético, 1, regular e 2, bom. A comparação do aspecto pós-operatório com o do pré-operatório foi naturalmente importante nas notas. Interessante que, para a cicatriz, a nota 2 refere-se a sua boa qualidade e a nota 0, à cicatriz patológica.

Assim, se em todos os critérios a nota for 0, a soma será 0 e o resultado estético deve ter sido desastroso, e, por outro lado, a nota 2 em todos itens significando bom resultado, a soma seria 10 e, é claro, o resultado estético deve ter sido próximo da perfeição, do ideal estético para a mama (para aquele observador).

As somas até 5 significaram para nós resultados insatisfatórios, e as menores que 4 indicariam a necessidade de reoperação. As somas maiores que 7 indicaram os bons resultados, no geral.

Embora houvesse o fator subjetivo, os critérios usados foram mais facilmente compreensíveis, e o número de observações permitiu melhor dispersão de eventuais opiniões díspares. A média das somas dadas por 5 pessoas (cirurgião, paciente, 3 observadores independentes) ficou, na maioria dos casos, entre 5 e 7 no primeiro ano, melhorando no segundo ano, provavelmente pela evolução natural, com o tempo, em relação à visibilidade das cicatrizes.

As avaliações feitas por mulheres revelaram notas mais baixas do que as dadas por homens, provavelmente por serem mais críticas com a estética, seja própria, seja das outras. As médias dadas pelos cirurgiões foram mais baixas do que as das pacientes, estas em geral maiores que 7, refletindo, neles, o maior rigor no julgamento estético e nas pacientes algum grau de agradecimento inconsciente àqueles que as ajudaram a melhorar sua qualidade de vida.

O aspecto estético das cicatrizes constituiu o mais importante elemento negativo na avaliação. 50% das pacientes referiram desagrado com as cicatrizes quando a técnica usada resultava em T invertido. Técnicas mais recentes, com cicatrizes reduzidas ou mesmo incisões somente com o braço vertical do T, parecem ter melhor aprovação pelas pacientes, desde que não interfiram nos outros elementos estéticos da mama: forma e volume.

A satisfação das pacientes foi medida por questionário dirigido e pelos testes de Desenho de Figura Humana e Crown-Crisp, apresentando resultados positivos e significativos⁽⁷⁾.

Nos casos de grande hipertrofia das mamas, em que a redução do peso da mama e a eliminação de sintomas eram os principais fatores de indicação, as pacientes se declararam satisfeitas, mesmo se o resultado estético não fosse tão satisfatório. Era o grupo em que a ressecção ultrapassara 1000 g por mama, caracterizando a gigantomastia, pacientes para as quais não entendemos por que não há cobertura por planos de saúde.

O grupo de motivação mais claramente estética era aquele em que a ressecção era menor do que 500 g e a ptose mamária (seios caídos) era a queixa principal. No grupo intermediário (entre 500 e 1000 g), as duas indicações coexistem e podem ou não ser cobertas pelos planos de saúde, segundo critérios internacionais.

Em nosso trabalho, as queixas das pacientes no pré-operatório eram predominantemente estéticas em 40% dos casos. Nesses, os testes psicológicos realizados no pré e pós-operatório indicaram que as pacientes não tinham distúrbios psicológicos, que a cirurgia trouxe benefício quanto à qualidade de vida e que elas se sentiam mais seguras no relacionamento interpessoal. Houve diminuição, estatisticamente significativa, no traço de depressão apresentado por essas pacientes, quando comparado com o estado anterior à cirurgia, confirmando de maneira indireta o ganho obtido em sua auto-estima.

A cirurgia estética, portanto, apresenta dificuldades para sua avaliação baseada em evidências, mas os dados até agora disponíveis confirmam sua condição de ato médico perfeitamente justificado e importante para o bem-estar e saúde dos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

Vide página 60.