



Qualidade de vida e autoestima em idosas submetidas e não submetidas à cirurgia estética

Quality of life and self-esteem in elderly patients who did or did not have cosmetic surgery

LENISE MARIA SPADONI-PACHECO ^{1*}
GUSTAVO AZEVEDO CARVALHO ¹

■ RESUMO

Introdução: A realidade do envelhecimento populacional chegou ao campo da Cirurgia Plástica, provada pelo crescimento do número de idosos que se submetem à cirurgia estética (CE). A pesquisa objetiva avaliar a importância da CE para o idoso, e se existe diferença de qualidade de vida e autoestima entre idosas que se submeteram e que não se submeteram à cirurgia estética. **Métodos:** Pesquisa caso-controle, sendo o grupo-caso formado por 25 idosas que se submeteram à CE e o grupo-controle por 25 idosas que não fizeram CE, pareados pelos dados socioeconômicos. Os instrumentos aplicados foram: Minimental, questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF), escala de autoestima de Rosenberg e um questionário elaborado para pesquisa de dados sociodemográficos, motivação e satisfação com a CE. **Resultados:** A média de idade foi 67,26 anos e a escolaridade média, de 9,96 anos. As cirurgias mais realizadas foram a abdominoplastia e a blefaroplastia. Os motivos mais escolhidos foram o desconforto físico, o desejo de melhoria da qualidade de vida (QV) e a insatisfação com a autoimagem. Não foram encontradas idosas com baixa autoestima e o nível de satisfação foi alto quando relacionado com a própria vida ou a vida social. Não houve diferença de QV e autoestima entre os dois grupos analisados. **Conclusão:** As motivações das idosas para realização de CE são de ordem física e psicológica. Não houve diferença de QV e autoestima entre idosas submetidas e não submetidas à CE. Analisando-se as idosas submetidas à CE, foram comprovados altos níveis de satisfação pessoal e na vida social. **Descritores:** Serviços de saúde para idosos; Qualidade de vida; Autoimagem; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Avaliação de resultado de intervenções terapêuticas.

Instituição: Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Artigo submetido: 17/8/2018.
Artigo aceito: 11/11/2018.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0174

¹ Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: The reality of aging has caught up with the field of plastic surgery, shown by the growth in the number of elderly patients who undergo cosmetic surgery (CS). To evaluate its importance in elderly women, this study examined differences in quality of life and self-esteem among those who did or did not undergo CS. **Methods:** This case-control study included 25 elderly women who underwent CS and a control group of 25 elderly women who did not undergo CS; the groups were matched by socioeconomic data. Assessment methods included the Mini-Mental State Examination, a quality of life (QOL) questionnaire (World Health Organization Quality of Life-Bref), the Rosenberg Self-Esteem Scale, and a questionnaire developed for the study of sociodemographic data, motivation, and satisfaction with CS. **Results:** The mean age was 67.26 years, with a mean of 9.96 years of education. The most common surgeries were abdominoplasty and blepharoplasty. The most common motivations were physical discomfort, desire to improve QOL, and dissatisfaction with self-image. No subjects were found to have low self-esteem and the level of satisfaction with personal or social life was high. There was no difference in QOL or self-esteem between the 2 groups. **Conclusion:** Physical and psychological motivations cause the elderly to undergo CS. There was no difference in QOL or self-esteem among elderly women who did or did not have CS. Elderly women who underwent CS showed high levels of satisfaction with their personal and social life.

Keywords: Health services for the elderly; Quality of life; Self-image; Reconstructive surgical procedures; Evaluation of results of therapeutic interventions

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vai remodelar inexoravelmente o mundo que conhecemos. É um processo gradual, gerador de verdadeiras mudanças comunitárias que trarão impacto sobre a saúde, o bem-estar, as classes sociais e a capacidade individualizada de ser útil na sociedade. O desafio atual é conhecer tais mudanças que já afetam diretamente a qualidade de vida da população¹.

Qualidade de vida é um construto multidimensional e cada um dos seus aspectos (físico, emocional, psicológico, espiritual e social) tem importância de modo individual para as pessoas, principalmente na velhice, fase de vida que se caracteriza pela heterogeneidade com que se apresenta².

Estudos comprovam que a cirurgia estética é um recurso capaz de provocar melhora da qualidade de vida dos seus pacientes nos aspectos físico e mental^{3,5}, principalmente no que diz respeito à autoestima, independentemente da idade, sexo ou raça.

Autoestima é uma importante medida de saúde mental definida como um senso de valor e aceitação da pessoa por si mesma. Os idosos tendem a perder a autoestima devido às mudanças da aparência e das funções, às perdas pessoais e à cessação do trabalho. Tais dificuldades os colocam expostos a ansiedade e a depressão. Sendo assim, ações que favoreçam o aumento da autoestima do idoso são vistas como decisivas para afastá-los de doenças mentais⁶.

A melhoria da autoestima tem sido apontada como a principal motivação para se submeter a uma ou mais cirurgias estéticas. Para o idoso, as cirurgias estéticas, juntamente com procedimentos estéticos pouco invasivos, podem atenuar os aspectos mais visíveis do envelhecimento melhorando assim a sua autoestima⁷.

Mesmo demonstrando melhoria na autoestima e qualidade de vida (QV), observam-se ainda baixas percentagens de cirurgias estéticas entre os idosos. Dados recentes da Sociedade Americana de Cirurgia Plástica mostram que 23% (373.418 cirurgias) do total das cirurgias cosméticas realizadas em 2015 foram em pessoas

acima dos 55 anos, não havendo, portanto, levantamento específico dos pacientes acima de 65 anos, idade do início da fase idosa em países desenvolvidos⁸. No Brasil, as cirurgias em pessoas com 65 anos ou mais correspondem a 5,4% do total de cirurgias plásticas⁹.

OBJETIVO

Diante da heterogeneidade do envelhecimento e da percepção dessa fase da vida, faz-se necessário o estudo das mudanças provocadas por ações de cunho estético sobre o idoso. A conseqüente necessidade de se avaliar essa relação da cirurgia estética (CE) com a QV do idoso e sua repercussão sobre a autoestima inspira a realização de uma pesquisa comparativa entre idosos que se submeteram e idosos que não se submeteram a esse tipo de cirurgia, objetivando esclarecer o impacto que a cirurgia estética ocasiona no idoso.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo caso-controle, pareado por condições socioeconômicas, para o qual foram escolhidas apenas participantes do sexo feminino pelo fato de representarem ampla maioria (84,6%) das CEs mundiais. A amostra foi formada por dois grupos de mulheres com 60 anos ou mais, sendo 25 idosas selecionadas dentre pacientes de uma clínica particular de Cirurgia Plástica localizada na periferia de Brasília, submetidas à CE (grupo-caso) nos últimos cinco anos, e 25 idosas frequentadoras do Centro de Convivência do Idoso (CCI), mantido pela Universidade Católica de Brasília (UCB), não submetidas à CE (grupo controle). Estas idosas foram selecionadas de modo a parearem os dois grupos, após levantamento dos dados do primeiro grupo como idade, estado civil, escolaridade e região de moradia.

Os critérios de inclusão para o grupo-caso foram mulheres com 60 anos ou mais submetidas à CE nos anos de 2013 a 2017; para o grupo controle, as idosas que não foram submetidas à CE. Os critérios de exclusão, válidos para os dois grupos, foram: idosas que passaram por cirurgia plástica reparadora, as com síndromes demenciais, perdas visuais, auditivas ou incapacidade de verbalizar, além daquelas provenientes de áreas administrativas afastadas de Taguatinga.

A entrevista, individual, com a pesquisadora preenchendo os instrumentos para evitar cansaço e outras possíveis limitações das idosas¹⁰, iniciou-se com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foi aplicado o Miniexame de Estado Mental - (MEEM)¹¹, instrumento de avaliação cognitiva, funcional e comportamental, visando a avaliação clínica do estado cognitivo das pacientes, utilizando-se como pontos de corte: para analfabetos, 20 pontos;

para baixa e média escolaridade, 25 pontos e para alta escolaridade, 28 pontos¹².

A paciente considerada apta pela avaliação cognitiva foi então submetida à aplicação do questionário elaborado para esta pesquisa, com perguntas sobre o perfil socioeconômico, aspectos clínicos, aspectos cirúrgicos, sobre motivação e impacto da cirurgia estética na sua vida e relacionamentos. O questionário elaborado apresenta variação entre os dois grupos, pois ao grupo controle, era perguntado se a idosa faria ou não uma cirurgia estética. Dependendo da resposta, sim ou não, questionou-se as motivações para se submeter ou não à cirurgia estética.

Em seguida, a pesquisadora aplicou a Escala de Autoestima de Rosenberg¹³ apresentando cinco sentenças referentes à autoimagem positiva e cinco referentes à autoimagem negativa, medindo assim valor e atitude frente a emoções, numa escala tipo Likert¹⁴.

Finalizando a entrevista, para a avaliação de QV foi utilizado o questionário WHOQOL-BREF¹⁵ que avalia os domínios físico, psicológico, social e ambiental do sujeito da pesquisa. Essa forma de WHOQOL foi escolhida por ser a única a perguntar sobre satisfação com a aparência física e por apresentar um menor número de questões, 26, com 5 opções de resposta.

Os dados foram analisados no programa STATA, versão 14.0. Inicialmente, foi realizado o teste de *Shapiro-Wilk* para verificação da normalidade das variáveis quantitativas. A seguir, foi realizada análise descritiva. As variáveis qualitativas foram apresentadas como frequência absoluta e relativa e as quantitativas como média e desvio padrão. Também foram utilizados o Teste *U* de *Mann-Whitney* e o Teste Exato de *Fisher*, além do alfa de *Cronbach* para confiabilidade.

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Brasília obtendo parecer favorável n.º 2124672, mediante protocolo CAAE 69067917.5.0000.0029.

RESULTADOS

Participaram do presente estudo um total de 50 mulheres, 25 idosas constituindo o grupo 1 (grupo não operado ou grupo controle) e outras 25 idosas constituindo o grupo 2 (grupo operado ou grupo caso). Na Tabela 1 pode ser observada a caracterização da amostra.

Segundo as características clínicas e de hábito de vida, a maioria das idosas estudadas não era tabagista, não usava álcool, e convivia com alguma comorbidade, principalmente hipertensão arterial e dislipidemia.

A média de cirurgias realizadas por paciente foi de 2,16 (DP: 1,21), mínimo de uma cirurgia e máximo de cinco cirurgias por paciente. Apurou-se que 36% das idosas fizeram uma CE e 64% fizeram mais de uma, concomitantes ou em diferentes tempos cirúrgicos. As cirurgias mais realizadas foram abdominoplastia e blefaroplastia, com 64%

Tabela 1. Características sociodemográficas das pacientes do estudo.

Variáveis	Total (n = 50)	Grupo 1 (n = 25)	Grupo 2 (n = 25)	p-valor
Idade (anos), média ± DP	67,26±5,35	67,36±5,49	67,16±5,32	0,915 ¹
Escolaridade (anos), média ± DP	9,96±4,84	9,44±4,77	10,48±4,95	0,395 ¹
Renda (sal. mín.), média ± DP	4,58±3,36	3,00±2,08	6,16±3,68	0,001¹
Estado marital, n (%)				
Com parceiro	16 (32,0)	7 (28,0)	9 (36,0)	0,762 ²
Sem parceiro	34 (68,0)	18 (72,0)	16 (64,0)	
Etnia, n (%)				
Branca	17 (34,0)	8 (32,0)	9 (36,0)	0,033 ²
Preta	6 (12,0)	6 (24,0)	-	
Parda	16 (27,0)	11 (44,0)	16 (64,0)	
Grau de escolaridade, n (%)				
1º	20 (40,0)	11 (44,0)	9 (36,0)	0,769 ²
2º	15 (30,0)	8 (32,0)	7 (28,0)	
3º	15 (30,0)	6 (24,0)	9 (36,0)	

1. Teste U de Mann-Whitney; 2. Teste Exato de Fisher; DP: desvio padrão.

para ambas, seguidas do *lifting* de face ou ritidoplastia (40%), conforme observado na Figura 1.

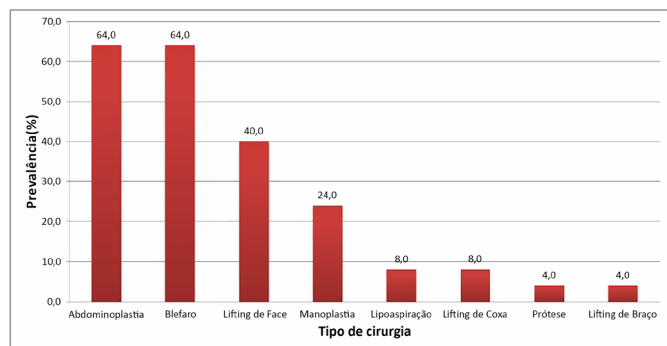


Figura 1. Tipos de cirurgias realizadas pelo grupo operado.

Do total das 25 mulheres operadas, 16,0% apresentaram complicações pós-operatórias.

As complicações relatadas foram: deiscência (12%), seroma (8%), hematoma (4%), TEP (4%) e infecção (4%). Seis pacientes (24%) passaram por revisão cirúrgica para melhoria do resultado estético, sendo retoques de cicatrizes inestéticas as mais frequentes.

Ao serem indagadas sobre os motivos para a realização da cirurgia, o desconforto físico, a melhoria da QV e a insatisfação com a própria imagem foram os motivos mais citados por elas, seguidos de desejo de rejuvenescimento e melhoria do aspecto social (Figura 2).

Na Tabela 2, é observado o nível de satisfação das idosas operadas.

Na Tabela 3, são observados os escores médios dos itens e o escore global mensurado na Escala de Autoestima de Rosenberg, além da confiabilidade do instrumento por grupo. A análise da confiabilidade da

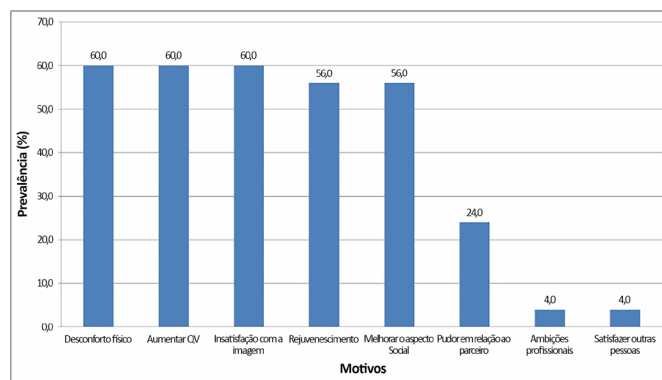


Figura 2. Motivos de realização das cirurgias.

Escala de Autoestima de Rosenberg em ambos os grupos mostrou um alfa de Cronbach padronizado de 0,715, sugerindo boa confiabilidade interna na amostra. Valores semelhantes foram encontrados para o grupo operado e não operado. Não se observou diferença estatística no escore global de autoestima entre os grupos operado e não operado. No entanto, o grupo operado apresentou escore maior de autoestima relacionado aos itens 4 e 8 (sentir-se mais capaz e sentir mais respeito próprio).

Nenhuma idosa apresentou autoestima baixa. A prevalência de autoestima alta foi maior no grupo operado quando comparado ao não operado (68% versus 52%), embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significante (p-valor = 0,387).

Na correlação entre idade e os escores de autoestima da escala de Rosenberg no grupo total, observou-se correlação positiva baixa entre autoestima e idade ($r_s = 0,312$; p-valor = 0,027), determinando que quanto maior a idade, maiores foram os escores de autoestima.

Tabela 2. Nível de satisfação das mulheres idosas que realizaram cirurgias.

Aspecto	Nível de satisfação				
	Muito pouco	Pouco	Médio	Muito	Muitíssimo
Com a vida	-	-	2 (8,0)	14 (56,0)	9 (36,0)
Autoimagem	1 (4,0)	1 (4,0)	2 (8,0)	12 (48,0)	9 (36,0)
Relação com o parceiro	14 (56,0)	3 (12,0)	3 (12,0)	4 (16,0)	1 (4,0)
Relação com a família	8 (32,0)	3 (12,0)	4 (16,0)	8 (32,0)	2 (8,0)
Trabalho	17 (68,0)	2 (8,0)	-	4 (16,0)	2 (8,0)
Social	5 (20,0)	3 (12,0)	1 (4,0)	13 (52,0)	3 (12,0)

Nota: dados apresentados em n (%).

Tabela 3. Comparação entre os itens e escores de autoestima medidos na Escala de Rosenberg dos grupos de idosas submetidas e não submetidas à cirurgia estética.

Itens	Grupo total (n = 50)	Grupo 1 (n = 25)	Grupo 2 (n = 25)	p-valor ¹
1	3,10 ± 0,42	3,00 ± 0,29	3,20 ± 0,50	0,081
2	3,10 ± 0,36	3,00 ± 0,29	3,20 ± 0,41	0,053
3	3,31 ± 0,62	3,24 ± 0,66	3,40 ± 0,57	0,408
4	3,04 ± 0,49	2,88 ± 0,33	3,20 ± 0,58	0,020
5	3,16 ± 0,51	3,04 ± 0,35	2,38 ± 0,61	0,073
6	3,12 ± 0,38	3,04 ± 0,35	3,20 ± 0,41	0,147
7	3,04 ± 0,57	3,08 ± 0,49	3,00 ± 0,64	0,637
8	2,78 ± 0,54	2,60 ± 0,50	2,96 ± 0,54	0,023
9	4,96 ± 0,73	3,04 ± 0,79	2,88 ± 0,67	0,450
10	3,60 ± 0,67	3,76 ± 0,52	3,44 ± 0,77	0,075
Global	31,22 ± 2,82	30,68 ± 2,62	31,76 ± 2,96	0,341
Confiabilidade				
Alfa de Cronbach	0,715	0,724	0,709	-
CCI (IC 95%)	0,701 (0,560-0,811)	0,732 (0,542-0,864)	0,685 (0,462-0,841)	-
p-valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001	-

Notas: Dados apresentados como Média + DP; ¹Teste U de Mann-Whitney; CCI: Centro de Convivência do Idoso; IC: Intervalo de Confiança.

Não se observou diferença significativa nos escores de QV nos domínios físico, psicológico, relações sociais e global (p -valor > 0,05). No entanto, verificou-se que os escores de QV no domínio ambiental (p -valor = 0,002) foram significativamente maiores no grupo operado quando comparado ao grupo não operado. Na análise descritiva do WHOQOL-BREF por grupo, verificou-se que os escores médios de QV foram maiores no grupo operado para as questões 24 e 25 (serviços de saúde e meio de transporte) quando comparado ao grupo não operado (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Pode-se constatar nesse estudo que a média de idade das pacientes por ocasião do procedimento cirúrgico foi de 67 anos. Em um estudo, com uma amostra de 6786 idosos submetidos a cirurgias estéticas, das quais 88,7% eram mulheres, foi constatada uma média de idade de 68 anos, revelando importante similaridade com os achados do presente estudo¹⁶.

O mesmo estudo denota que os idosos que se submetem à CE estão entre 65 e 75 anos de idade (95%), sinalizando que a procura por CE pelos octogenários é bem menor. Na amostra da presente pesquisa, a maioria (80%) das idosas se submeteu à CE entre 60 e 70 anos e não houve registro de octogenários. Credita-se esse achado ao fator cultural que dissemina a ideia de que a idade é um limite para a realização de uma CE.

No tocante à prevalência de comorbidades entre as idosas pesquisadas, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos ($p < 0,05$). Em estudo de 2008, os autores¹⁷ afirmaram que a sociedade está cada vez mais preocupada com a aparência, e que a maioria das pessoas entende o procedimento estético como um reparo rápido e seguro, não hesitando em recorrer a uma cirurgia para melhoria da autoimagem.

Desse modo, conclui-se que a presença de uma ou mais comorbidades não se constituiu um fator impeditivo para a realização de cirurgia estética, por ser considerada historicamente como procedimento seguro. Contudo, há riscos inerentes como em qualquer outra cirurgia,

Tabela 4. Comparação dos itens do WHOQOL-BREF entre os grupos.

Questão	Grupo total (n = 50)	Grupo 1 (n = 25)	Grupo 2 (n = 25)	p-valor ¹
1	3,94 ± 0,68	3,92 ± 0,64	3,96 ± 0,73	0,707
2	3,66 ± 0,74	3,68 ± 0,55	3,64 ± 0,91	0,923
3	2,04 ± 1,16	2,08 ± 1,19	2,00 ± 1,15	0,740
4	3,34 ± 0,92	2,40 ± 0,96	2,28 ± 0,89	0,573
5	3,20 ± 0,86	3,28 ± 0,94	3,12 ± 0,78	0,316
6	3,82 ± 0,56	3,76 ± 0,44	3,88 ± 0,67	0,349
7	3,16 ± 0,68	3,24 ± 0,66	3,08 ± 0,70	0,416
8	3,79 ± 0,58	3,84 ± 0,55	3,76 ± 0,61	0,570
9	3,70 ± 0,68	3,64 ± 0,70	3,76 ± 0,66	0,613
10	3,56 ± 0,64	3,44 ± 0,65	3,68 ± 0,62	0,296
11	3,72 ± 0,83	3,72 ± 0,93	3,72 ± 0,73	0,975
12	2,98 ± 0,77	2,76 ± 0,66	3,20 ± 0,82	0,054
13	3,46 ± 0,84	3,24 ± 0,88	3,68 ± 0,75	0,089
14	2,86 ± 0,83	2,88 ± 0,88	3,84 ± 0,80	0,877
15	4,26 ± 0,78	4,24 ± 0,60	4,28 ± 0,94	0,412
16	3,62 ± 1,07	3,48 ± 1,12	3,76 ± 1,01	0,357
17	3,84 ± 0,71	3,84 ± 0,74	3,84 ± 0,69	0,982
18	3,84 ± 0,68	3,84 ± 0,62	3,84 ± 0,75	0,857
19	3,88 ± 0,75	3,80 ± 0,82	3,96 ± 0,67	0,627
20	3,80 ± 0,83	3,68 ± 0,94	3,92 ± 0,70	0,415
21	3,54 ± 0,95	3,72 ± 0,98	3,36 ± 0,91	0,071
22	3,74 ± 0,80	3,56 ± 0,82	3,92 ± 0,76	0,122
23	3,78 ± 0,82	3,64 ± 0,76	3,92 ± 0,86	0,176
24	3,28 ± 1,23	2,88 ± 1,20	3,68 ± 1,14	0,017
25	3,66 ± 0,96	3,24 ± 1,16	4,08 ± 0,40	0,002
26	2,06 ± 0,62	2,08 ± 0,81	2,04 ± 0,35	0,840

Notas: Dados apresentados como Média ± DP; ¹Teste U de Mann-Whitney.

devido o cirurgião plástico ser rigoroso em sua avaliação pré-operatória e planejamento cirúrgico.

Quanto aos tipos de cirurgia mais procurados pelas idosas, neste estudo constatou-se que são as abdominoplastias (corporal) e as blefaroplastias (facial). Sabe-se que pacientes mais jovens elegem as cirurgias corporais; principalmente as de aumento mamário e lipoaspiração, enquanto os pacientes idosos preferem se submeter a cirurgias faciais¹⁸. O presente estudo revela uma igualdade de escolha entre as cirurgias faciais e corporais pelas idosas, o que pode ser explicado pelo fato de ser o Brasil um país tropical, onde as oportunidades de exposição do corpo são mais frequentes, o que levaria a uma equivalência na valorização da cirurgia facial e corporal.

Apurou-se que 36% das pacientes idosas fizeram uma cirurgia estética, enquanto que 64% fizeram mais de uma, concomitantes ou em diferentes tempos cirúrgicos. A associação de cirurgias e tempo cirúrgico maior que 4 horas foram os principais fatores de risco relacionados a complicações pós-operatórias¹⁹, não havendo associação

significativa com as variáveis como sexo, idade, estado nutricional, sedentarismo ou presença de comorbidades. Outro estudo confirma não haver diferença significativa quanto ao risco de complicações entre CEs em idosos e em jovens¹⁶, podendo ser feitas em ambos com igual segurança.

A média de cirurgias realizadas pelas idosas desse estudo foi de 2,16, dado que evidencia o desejo da idosa de fazer a correção cirúrgica em diversas áreas do corpo, o entendimento da cirurgia estética como procedimento seguro e a constatação de que a recuperação pós-operatória parece não ser tão difícil.

As complicações pós-operatórias encontradas na população estudada foram poucas (16%) e consideradas menores, já que o seu manejo foi feito ambulatorialmente ou no próprio ambiente da paciente e não em ambiente hospitalar. Seroma (8%) e deiscência (12%) foram as mais comuns, diferindo da literatura, que aponta serem o hematoma e a infecção as complicações mais frequentes^{16,19}. Seis pacientes do presente estudo (24%), sentiram necessidade de revisão cirúrgica para melhoria

do resultado estético pós-operatório. Na maioria dos casos foram retoques em cicatrizes inestéticas.

Da análise das motivações para a realização da CE depreende-se que o livrar-se do desconforto físico causado pela alteração da forma daquela parte do corpo, o desejo de melhoria da QV e a vontade de ter uma autoestima melhor são importantes nessa fase da vida. Analisados 48 estudos nas bases eletrônicas entre 2000 e 2007¹⁷ com o objetivo de apontar as motivações para a CE, resultou em motivos psicológicos, psicossociais e psiquiátricos, que foram resumidos em problemas com a autoimagem, com a autoestima, experiência social com provocações por causa da aparência (*teasing*) e a dismorfofobia.

Observa-se, porém, no presente estudo, a significativa presença do fator físico, que é o desconforto causado pela forma daquela parte do corpo (60%), citado também em estudo realizado no Rio de Janeiro⁴, que encontrou 26% dos entrevistados, de todas as faixas etárias, com essa motivação, sendo prevalente entre os candidatos à mamoplastia redutora e abdominoplastia, indicando que o grande volume mamário ou abdominal seria a causa do desconforto físico.

Observou-se que 60% das idosas operadas escolheram como motivação para a realização de cirurgia estética, o desconforto físico, sendo que 92% delas relataram muito ou muitíssimo benefício pessoal, levando ao entendimento de que houve resolução do desconforto físico. Paralelamente, 60% das idosas elegeram a melhoria da autoimagem como um motivo importante para a realização da CE, e 84% delas afirmaram ter sentido melhoria da autoimagem após a CE.

Esta comparação enfatiza o impacto positivo da cirurgia estética na vida da paciente idosa, parecendo superar as expectativas do pré-operatório quando se repara nas porcentagens que crescem quando da avaliação dos benefícios trazidos pela CE. Considera-se que a melhoria da autoimagem justifica o crescimento do número de procedimentos estéticos em idosos na última década. Nos Estados Unidos da América, houve um crescimento de 4% na demanda de cirurgias estéticas em idosos e de 26% quando se consideram todos os procedimentos estéticos⁸.

Quanto à percepção da influência da CE no relacionamento com o parceiro, apenas 20% das idosas operadas relataram muita ou muitíssima melhora no relacionamento com o parceiro, e raros (4%) foram os casos que tinham por motivação o agradar outra pessoa. Já em estudo do Instituto Ivo Pitanguy com pacientes de todas as idades, 65% deles relataram melhora do relacionamento com o parceiro após a realização de uma CE⁴. Assim, parece existir uma diferença de valores que os relacionamentos sofrem com o avançar da idade. As idosas do presente estudo mostraram considerar que a CE traz, principalmente, benefício próprio (92%), mais segurança com a autoimagem (84%) e influência na vida social (64%).

O presente estudo não mostrou diferença significativa no escore global de autoestima entre os grupos analisados.

Um estudo que avaliou a autoestima antes e após a cirurgia de rejuvenescimento facial²⁰ mostrou não haver diferença significativa de autoestima entre essas medidas considerando-se todo o grupo, porém surgindo diferença quando subdividiram o grupo: pacientes com baixa autoestima no pré-operatório experimentaram elevação na sua autoestima após a cirurgia; aqueles com moderada autoestima não apresentaram mudanças significativas com a CE; e os que tinham alta autoestima no pré-operatório evoluíram com diminuição da autoestima no pós-operatório, o que se relaciona à provável depressão preexistente ou expectativas não realísticas do resultado ou a desordens de personalidade.

Apesar de todos relatarem rejuvenescimento de cerca de nove anos, o resultado positivo da cirurgia não foi relacionado com melhora da autoestima, concluindo-se que realmente existe um largo espectro de possíveis reações psicológicas após uma cirurgia estética.

De acordo com a pesquisa corrente, nenhuma idosa apresentou baixa autoestima e a prevalência de autoestima alta mostrou-se maior no grupo operado (68% versus 52% com p -valor = 0,387). O grupo operado apresentou escore maior de autoestima relacionado ao item 4 e 8, que fazem menção à capacidade e respeito próprios. A avaliação desses dados revela que idosas em geral têm uma boa autoestima, porém, a CE parece fazer a paciente sentir-se mais capaz e possuidora de mais respeito próprio, sentimentos esses relacionados com um aumento do valor pessoal que define a autoestima saudável.

Os idosos, por estarem mais sujeitos à solidão, a perdas de familiares, a doenças, estresse, perdas cognitivas, ansiedade e depressão, estão mais predispostos à diminuição da sua autoestima. Porém, vários relatos na literatura^{5,21,22} confirmam que uma porcentagem significativa de pacientes submetidos à CE experimenta um aumento de sua autoestima, o que diminui o retraimento social e melhora a habilidade de fazer amizades.

Cada esforço para eliminar a solidão do idoso aumenta sua autoestima e o afasta de doenças psicológicas⁶. Logo, pode-se afirmar que a CE no idoso se justifica por contribuir para melhora da vida social, afastando-o das doenças psicológicas como ansiedade e depressão.

O presente estudo mostrou ainda não haver diferença da QV global ou dos domínios físico, psicológico e social entre os grupos de idosas. Contrariando tal achado, revisão de literatura³ evidenciou que a CE melhora a QV dos pacientes. Outro autor, que como no presente estudo analisou pacientes somente no pós-operatório, chegou a afirmar que QV é um motivo consistente para a realização de CE²³. Seus resultados indicaram que 84% estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com o resultado cirúrgico e que 88,9% deles recomendariam a cirurgia a um amigo.

Duas hipóteses surgem com o presente estudo: o WHOQOL-BREF não tem capacidade de detectar as mudanças provocadas pela CE (responsividade), ou que

idosas podem ter uma avaliação de QV diferente de outras faixas etárias, a qual a CE não foi capaz de modificar, talvez porque a idosa tem uma expectativa de melhora idealizada e, portanto, mais exigente do que o resultado cirúrgico pode oferecer.

Apesar das dificuldades metodológicas do presente estudo, que podem estar relacionadas à avaliação concomitante de vários tipos de CE, à população de pacientes analisados, e ao uso de questionários validados, porém inespecíficos, foi demonstrada a importância da pesquisa envolvendo procedimentos estéticos nos idosos.

CONCLUSÃO

A média de idade das pacientes idosas que realizaram uma CE é 67 anos, a maioria delas com escolaridade mediana. Idosas procuraram igualmente por cirurgias faciais e corporais e a ocorrência de complicações e reintervenções não foi considerada maior do que em pacientes mais jovens.

As motivações das idosas para a CE foram de ordem física e psicológica. O nível de benefício da CE foi elevado quando relacionado ao campo pessoal e à vida social.

Idosas submetidas à CE não apresentaram melhor QV e autoestima quando comparadas a idosas não submetidas à CE e em condições semelhantes. Porém, analisando-se isoladamente as idosas submetidas à CE, foram comprovados altos níveis de satisfação pessoal e na vida social.

COLABORAÇÕES

LMSP Análise e/ou interpretação dos dados; coleta de dados; concepção e desenho do estudo; gerenciamento do projeto; metodologia; redação - preparação do original; validação; visualização.

GAC Aprovação final do manuscrito; gerenciamento do projeto; supervisão.

REFERÊNCIAS

- Suzman R, Beard JR, Boerma T, Chatterji S. Health in an ageing world—what do we know? *Lancet*. 2015;385(9967):484-6.
- Papadopoulos NA, Kovacs L, Krammer S, Herschbach P, Henrich G, Biemer E. Quality of life following aesthetic plastic surgery: a prospective study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2007;60(8):915-21.
- Dreher R, Blaya C, Tenório JL, Saltz R, Ely PB, Ferrão YA. Quality of Life and Aesthetic Plastic Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2016;4(9):e862.
- Tournieux TT, Aguiar LFS, Almeida MWR, Prado LFAM, Radwanski HN, Pitanguy I. Estudo prospectivo da avaliação da qualidade de vida e aspectos psicossociais em cirurgia plástica estética. *Rev Bras Cir Plást*. 2009;24(3):357-61.
- Poli Neto P, Caponi SNC. A medicalização da beleza. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(23):569-84.
- Molavi R, Alavi M, Keshvari M. Relationship between general health of older health service users and their self-esteem in Isfahan in 2014. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(6):717-22.
- Ferreira MC. Cirurgia Plástica Estética - Avaliação dos Resultados. *Rev Bras Cir Plást*. 2000;15(1):61-6.
- American Society of Plastic Surgeons – ASPS. Cosmetic Plastic Surgery Statistics. 2016. [acesso 2018 Jan 31]. Disponível em: <https://www.plasticsurgery.org/news/plasticsurgery-statistics>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Censo 2017. 2017. [acesso 2018 Abr 10]. Disponível em: <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/wpcontent/uploads/2017/12/CENSO-2017.pdf>
- Lima LCV, Villela WV, Bittar CML. Entrevistas com idosos: percepções de qualidade de vida na velhice. *Invest Qualit Saúde*. 2016;2:57-65.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro Psiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
- Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press; 1965.
- Greenberger E, Chen C, Dmitrieva J, Farruggia SP. Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: do they matter? *Pers Individ Dif*. 2003;35(6):1241-54.
- Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr*. 2009;31(3. Suppl):1-12.
- Yeslev M, Gupta V, Winocour J, Shack RB, Grotting JC, Higdon KK. Safety of Cosmetic Procedures in Elderly and Octogenarian Patients. *Aesthet Surg J*. 2015;35(7):864-73.
- Haas CF, Champion A, Secor D. Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature. *Plast Surg Nurs*. 2008;28(4):177-82.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery – ISAPS. Global Statistics. 2016. [acesso 2018 Jan 31]. Disponível em: <https://www.isaps.org/medicalprofessionals/isaps-global-statistics/>
- Saldanha OR, Salles AG, Llaverias F, Saldanha Filho OR, Saldanha CB. Predictive factors for complications in plastic surgery procedures - suggested safety scores. *Rev Bras Cir Plást*. 2014;29(1):105-13.
- Jacono A, Chastant RP, Dibelius G. Association of Patient Self-esteem With Perceived Outcome After Face-lift Surgery. *JAMA Facial Plast Surg*. 2016;18(1):42-6.
- Pusic AL, Lemaine V, Klassen AF, Scott AM, Cano SJ. Patient-reported outcome measures in plastic surgery: use and interpretation in evidence-based medicine. *Plast Reconstr Surg*. 2011;127(3):1361-7.
- Sante AB, Pasian SR. Imagem corporal e características de personalidade de mulheres solicitantes de cirurgia plástica estética. *Personal Reflex Crit*. 2011;24(3):429-37.
- Papadopoulos NA, Staffler V, Mirceva V, Henrich G, Papadopoulos ON, Kovacs L, et al. Does abdominoplasty have a positive influence on quality of life, self-esteem, and emotional stability? *Plast Reconstr Surg*. 2012;129(6):957e-62e.

*Autor correspondente: **Lenise Maria Spadoni-Pacheco**
QND 22M CASA 11, Brasília, DF, Brasil
CEP 72120-220
E-mail: lenisespadoni@hotmail.com