

Revista



SBMCPE

Sociedade Brasileira de Medicina e
Cirurgia Plástica Estética

Junho de 2013

Principais complicações cirúrgicas da
abdominoplastia estética

Clínica estética e
subjetividade

**Implante e PMMA para reforço da
musculatura abdominal**

266 pacientes submetidos a
**lipoaspiração por técnica
semitumescente**

Editorial SBMCPE: Membro
Titular e Membro Acadêmico

WWW.SBMCPE.COM.BR

VI Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia Plástica Estética

Dias 09 e 10 de Novembro de 2013

Hotel Mirador - Copacabana, RJ

Inscrições a partir de 1 de julho no site
www.sbmcppe.com.br



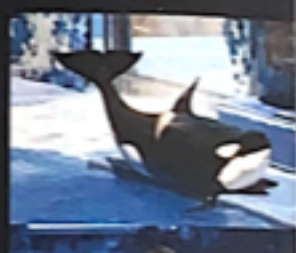
VII Congresso Internacional

SBMCPPE
Sociedade Brasileira de Medicina e
Cirurgia Plástica Estética

Dias 24 e 25 de Abril de 2014

Hotel Best Wester Lake Buenavista - Orlando, Fl

Inscrições a partir de 1 de julho no site
www.sbmcppe.com.br



SBMCPE

Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia Plástica Estética

Índice

Editorial	02
Calendário SBMCPE	03
Implante de Polimetilmetacrilato para reforço da musculatura abdominal.....	04
Revisão bibliográfica das principais complicações cirúrgicas da Abdominoplastia estética	06
Estudo retrospectivo de 266 pacientes submetidos à Lipoaspiração por técnica semitumescente em 2011.....	11
Clínica estética e subjetividade	18
Associação dos Escritórios de Defesa dos Médicos	24

Expediente

EDITOR/JORNALISTA RESPONSÁVEL Bernardo Iwalski - bernardo.i.v.carvalho@gmail.com
CAPA Bruna Torres - bruninhatorres@hotmail.com ARTE FINAL Bernardo Iwalski - Bruna Torres
COLABORADORES Filipe Ribeiro; Dr. Eduardo Teixeira; Dr. Aderlene Araújo; Dr. Aloísio Guedes;
Dr. André Vieira; Dr. Eduardo Consídera; Dr. Paulo Amaral

Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião da revista ou da Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia Plástica Estética, cabendo aos autores a responsabilidade pelos mesmos. É vedada a utilização, reprodução ou apropriação dos textos, fotos e criações sem autorização da SBMCPE.

Caros colegas membros da SBMCPE

Esta nova edição da nossa revista vem confirmar que a SBMCPE segue firme na sua trajetória e, acima de tudo, se mantém fiel a seu objetivo de promover o intercâmbio de conhecimentos entre todos que atuam na área da Medicina e da Cirurgia Plástica Estética. É fundamental para uma sociedade científica que seus membros tenham motivação para se desenvolver cada vez mais, buscando sempre novos conhecimentos e experiências.

Depois de 12 anos, com mais de 15 turmas já formadas no curso de pós-graduação que realizamos em convênio com a UVA, temos muitos colegas atuando com destaque na especialidade, distribuídos pelo Brasil e no exterior. Mais do que isto, temos tido a satisfação de ver vários deles apresentando seus trabalhos não só nos nossos eventos, mas também representando a SBMCPE em congressos de outras entidades, sempre com brilhantismo.

Como consequência natural desta evolução, a SBMCPE vai, neste ano de 2013, nomear os seus primeiros MEMBROS TITULARES, categoria que, segundo o nosso estatuto, é reservada aos associados que se destacam por sua produção científica e atividade acadêmica.

No Congresso Brasileiro, em novembro, ocorrerá a cerimônia de posse destes primeiros Titulares, que devem servir de exemplo e incentivo para os demais membros. Afinal, a progressão será sempre baseada em critérios técnicos (publicações, participação em congressos, titulação, etc.), e estará ao alcance de todos que tiverem interesse em buscar este reconhecimento.

Em breve, estaremos disponibilizando, através do site da SBMCPE, o formulário específico e as regras básicas para aqueles que desejarem requerer a referida progressão. Esperamos, desta forma, estar estimulando os colegas que integram a SBMCPE a seguirem sempre se atualizando e evoluindo profissionalmente, fazendo a nossa sociedade cada vez mais forte.

Mas, para que a nossa sociedade possa continuar crescendo, é preciso pensar também no futuro, ampliar nossos horizontes e levar a nossa filosofia aos médicos do futuro. Neste sentido, a SBMCPE vai abrir espaço para os alunos de graduação em medicina que manifestarem interesse pela área da Medicina e Cirurgia Plástica Estética. Para estes, será criada a categoria de MEMBRO ACADÊMICO, com o objetivo de oferecer a oportunidade de conhecer mais da especialidade e dos procedimentos que realizamos.

Esse movimento de aproximação com alunos universitários já é um desejo antigo da SBMCPE, que sempre se destacou por dar oportunidades para todos que pretendem aprender e desenvolver, com brilhantismo, a Medicina e Cirurgia Plástica Estética. Com o advento da criação de um departamento específico para apoio às Ligas Acadêmicas, já presentes e atuantes na maioria das faculdades de medicina do Brasil, encontramos o caminho ideal para estreitar o relacionamento entre a Sociedade e os acadêmicos interessados na nossa área de atuação.

Temos certeza de que, diante do contínuo e irreversível crescimento da Medicina e Cirurgia Plástica Estética, no Brasil e no mundo, a SBMCPE tem tudo para ocupar um papel de destaque entre as sociedades científicas em nosso meio. Para isto, é fundamental que continuemos trabalhando de maneira séria, construindo nosso futuro em bases sólidas e contando com a indispensável colaboração de todos os nossos membros.

Eduardo Costa Teixeira
Vice presidente da SBMCPE

Implante de Polimetilmetacrilato para reforço da musculatura abdominal. Modelo animal.

Dr. Paulo Cesar Alves Azizi; Dr. Jose Eduardo Ferreira Manso

O Polimetilmetacrilato (PMMA) é um polímero sintético, produzido na forma de microsferas, com aplicações já estabelecidas na área biomédica como cimento ósseo. Nas últimas décadas, soluções de PMMA em veículo gel, para implante injetável, têm sido aplicadas em partes moles, com indicações estéticas e reparadoras. O objetivo deste trabalho é demonstrar a viabilidade e a eficácia do implante de uma solução de PMMA em base gel na musculatura abdominal de ratos, avaliando-se a capacidade do produto em induzir resposta fibrosa e, conseqüentemente, reforço do tecido.

Métodos

Foram utilizados 30 ratos Wistar, adultos jovens, com pesos entre 200 e 250g, divididos em 3 grupos. O músculo abordado foi o reto abdominal, exposto através de uma incisão mediana de aproximadamente 3 cm, sendo o animal mantido sob anestesia com ketamina 10% e xylasina 2% por via intraperitoneal. No grupo 1 foi feita a injeção de 0,3 ml de solução de PMMA à 30% em base gel no músculo reto abdominal direito. Do lado esquerdo não foi implantado o PMMA (fig 1).

No grupo 2 os animais foram submetidos ao procedimento anestésico e cirúrgico semelhante, mas não receberam o implante. Para acompanhamento da resposta tecidual à

substância injetada, foi feito estudo histológico dos músculos obtidos dos grupos 1 e 2 após 30 dias dos procedimentos. Paralelamente à análise morfológica em cortes corados pela hematoxilina-eosina, foi realizado um estudo para detecção de colágeno I e III pelo método de picrossirius, para avaliar a intensidade da resposta fibrosa e a sua relação com o aumento de resistência mecânica, que foi aferida, nos dois grupos, com o auxílio de um tensiômetro.

Resultados

Após 4 semanas do ato operatório, a análise histológica do segmento de reto abdominal direito dos ratos de grupo 1 confirmou a presença de um granuloma envolvendo o material implantado, contendo grande quantidade de fibras colágenas

(ricas em colágeno tipo I) em sua cápsula e fibras reticulares (com predomínio de colágeno tipo III) em seu interior. Na aferição com o tensiômetro, observou-se que o músculo reto abdominal direito dos animais do grupo 1, que recebeu o implante do gel de PMMA, demonstrou uma maior resistência, de modo significativo, com pico de 1300g/f, quando comparado com o músculo do lado esquerdo, que apresentou 700g/f (fig 2). As curvas observadas no gráfico demonstram que o músculo com o implante de PMMA resistiu, íntegro, a uma tensão quase duas vezes maior do que o músculo normal, se rompendo a partir do ponto máximo, aos 12 seg, até a ruptura completa após 31 seg. Já as peças do grupo 2 apresentaram rompimento gradual das fibras, resistindo a uma força

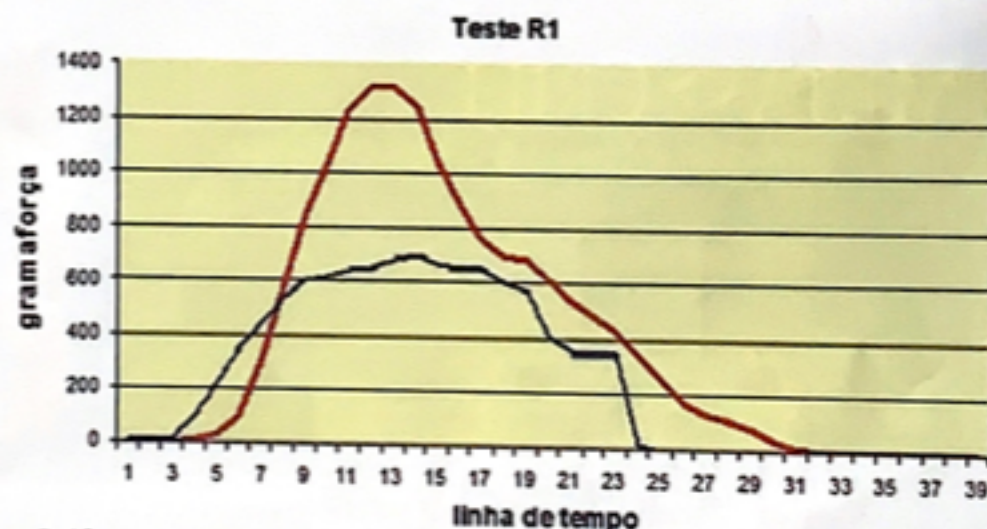


Gráfico comparativo entre a resistência média observada nos músculos dos grupo 1 (em vermelho) e do grupo 2 (azul)

menor e por menos tempo. Não foram observadas diferenças entre os dados obtidos com o músculo do lado esquerdo dos animais do grupo 1 e os observados nas peças dos grupos 2.

Conclusão

O PMMA implantado no reto abdominal de ratos induz uma resposta fibrosa que confere maior resistência a esta musculatura.

Bibliografia

1. Carruthers A, Carruthers JDA. Polymethylmethacrylate microspheres/collagen as a tissue augmentin agent: personal experience over 5 years. *Dermatol Surg.* 2005 Nov;31(11):1561-5

2. Carvalho Costa IM, Salgado CP, Costa MC. Polymethylmethacrylate facial implant: a successful personal experience in Brazil for more than 9 years. *Dermatol Surg.* 2009 Aug;35(8):1221-7.

3. Laeschke K. Biocompatibility of microparticles into soft tissue fillers. *Semin Cutan Med Surg.* 2004;23:214-7. Conclusão: Reforço da musculatura abdominal;

4. Lemperle G, Knapp TR, Sadick NS, Lemperle SM. Arte-Fill permanent injectable for soft tissue augmentation: I. Mechanism of action and injection techniques. *Aesthetic Plast Surg.* 2010 Jun;34(3):264-72.

5. Orsi AT, Miranda AE,

Souza AC, Silva LC, Dias GR, Talhari C, Talhari S, Santos M. Lipoatrophy in patients with AIDS: treatment with polymethylmethacrylate in Amazonas, Brazil. *Int J Dermatol.* 2011 Oct;50(10):1255-8.

6. Park TH, Seo SW, Kim JK, Chang CH. Clinical experience with polymethylmethacrylate microsphere filler complications. *Aesthetic Plast Surg.* 2012 Apr;36(2):421-6.

7. Teixeira EC. Injeção de gel de polimetilmetacrilato em músculo estriado de rato. Estudo da biocompatibilidade e da resposta fibrosa (dissertation). Rio de Janeiro (RJ, Brasil): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

Garantido e comercializado por

ARGO SEGUROS
Member Argo Group

Produto oferecido pela

SEGPRO



PROTECTOR® MÉDICOS.

O seguro que cuida de quem cuida.

Proteja sua carreira com Protector® Médicos, um novo seguro que oferece coberturas e benefícios exclusivos para quem atua na área da saúde.

Protector® é uma solução moderna e confiável que protege seu patrimônio e sua imagem profissional. Sua ativação é feita em ambiente virtual 100% seguro e leva menos de 5 MINUTOS, dispensando a papelada e a burocracia do seguro comum.

TAMBÉM
DISPONÍVEL PARA
LABORATÓRIOS

Protector

Acesse o site e conheça todas as vantagens e coberturas:
www.argo-protector.com.br/medicos
CENTRAL DE ATENDIMENTO SEGPRO: (21) 2514-5149

Revisão bibliográfica das principais complicações cirúrgicas da Abdominoplastia estética

Amanda Marques; André Silveira; Rafael Nazaré; Ruana Fraga
Samira Maia; Thiago Sampaio; Vander da Cunha
Orientados por Dr. Eduardo Teixeira

A abdominoplastia é uma das cirurgias estéticas mais realizadas na atualidade. Como qualquer ato cirúrgico, está sujeita a inúmeras complicações. Esta revisão bibliográfica tem por objetivo analisar as principais complicações em procedimentos no abdome: as complicações locais (seroma, deiscência, hematoma e necrose), mais frequentes, e as complicações sistêmicas (trombose venosa profunda – TVP – e tromboembolismo pulmonar – TEP), mais raras.

A técnica cirúrgica de abdominoplastia remonta ao final do século XIX, com Demars e Marx, em 1890. Na época, era chamada de lipectomia abdominal, evoluindo no decorrer do século com inúmeras alterações técnicas e de abordagem. Atualmente, é uma das cirurgias plásticas mais realizadas em todo o mundo e consiste na correção do excesso do tecido cutâneo e adiposo através de sua ressecção. Pode ser associada ou não a procedimentos sobre a musculatura, como rotação ou plicatura dos músculos oblíquos externos, aponeuroses abdominais ou a lipoaspirações. É indicada para indivíduos que apresentam gordura localizada abdominal, flacidez decorrente de emagre-

cimento ou gravidez, flacidez aponeurótica, diástase abdominal, abaulamentos e hérnias^{1,2,3}.

Com o aprimoramento e a realização de um número cada vez maior deste tipo de operação, vieram também as complicações^{1,3}. A avaliação pelo cirurgião plástico e o correto planejamento cirúrgico são fundamentais no resultado final e na minimização dessas complicações. A avaliação cirúrgica deve incluir a pesquisa das condições clínicas do paciente, especialmente a presença de anemia, alterações eletrolíticas e distúrbios nutricionais; assim como a avaliação da anatomia do paciente: global, abdominal e presença de hérnias abdominais. A presença de estabilidade ponderal e de condições clínicas, psicológicas e nutricionais adequadas é fundamental para a realização dessa cirurgia. Além disso, o resultado final se dará através da somatória positiva de vários fatores e da cooperação e competência de toda a equipe envolvida no trato do paciente desde a hora da sua chegada, até o momento de sua alta.

As abdominoplastias apresentam uma série de complicações, cada uma delas com diferentes causas. Os hemato-

mas, seromas (coleção de líquido abaixo da pele), infecções, deiscências, necrose, trombose venosa profunda e embolia pulmonar são alguns exemplos. Cabe ao cirurgião plástico solucionar tais problemas, valendo-se de um cuidadoso acompanhamento pós-operatório^{3,4,5}.

As complicações advindas das abdominoplastias podem ser devidas a má indicação cirúrgica ou por técnica inapropriada^{1,3}. As indicações deste procedimento em pacientes considerados muito acima do peso ideal, tabagistas, hipertensos, portadores de diabetes ou insuficiência venosa de membros inferiores, podem contribuir para o aparecimento de tais problemas^{4,5}.

Este estudo visa relatar as principais complicações de abdominoplastias descritas na literatura a fim de auxiliar no estabelecimento de medidas profiláticas que visem diminuir significativamente a ocorrência delas. armazenamento e a conservação das suas propriedades como moduladores celulares.

Dadas essas limitações, o laboratório coreano Corega conduziu em 2009, uma pesquisa na área da biotecnologia, com a obtenção de FC

utilizando a técnica de proteínas recombinantes em *E. Coli*.

Materiais e métodos

Realizou-se uma revisão bibliográfica com o objetivo de reunir informações atuais e relevantes sobre as principais complicações de abdominoplastias. Por meio da base de dados como o SciELO, PubMed e da Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, foram pesquisados artigos da literatura médica da língua inglesa e portuguesa, de 1989 a 2012.

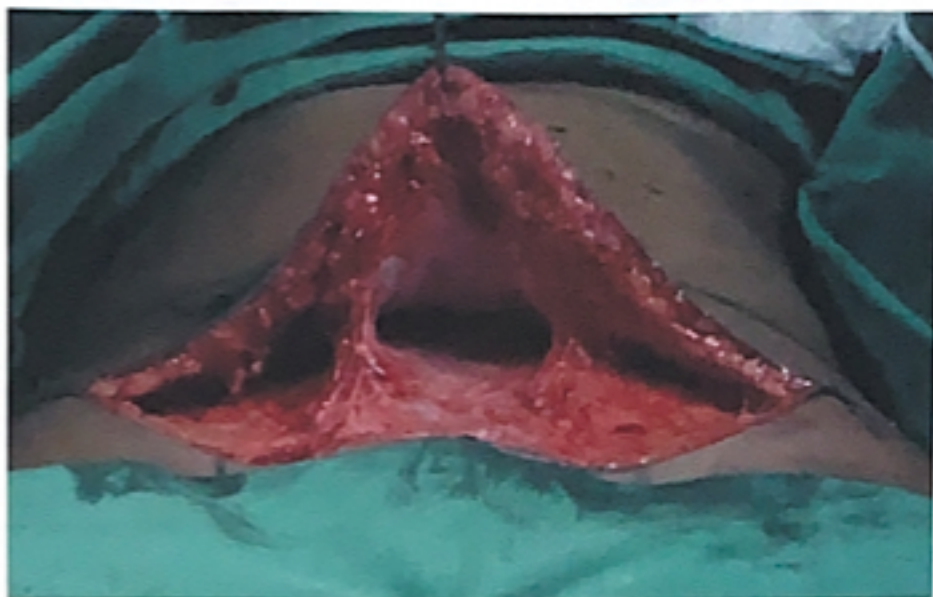
Discussão

As complicações locais mais frequentes são o seroma, deiscência, hematoma e necrose; já as sistêmicas, como trombose venosa profunda e embolia pulmonar, são raras.

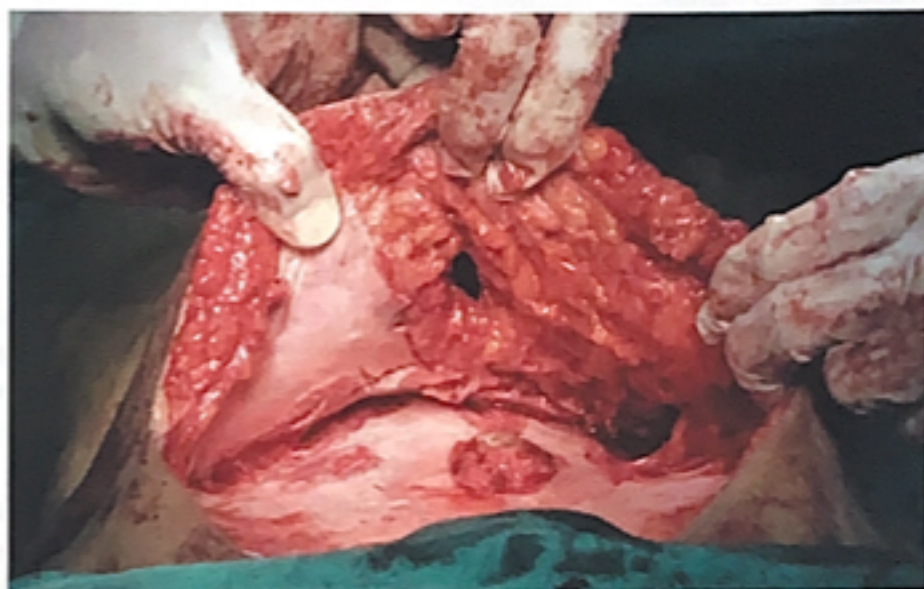
Seroma é uma complicação local caracterizada por uma coleção líquida exsudativa com predomínio neutrofilico e de proteínas, é profundo ao retalho dermogorduroso. Esta complicação ocorre devido a alguns fatores cirúrgicos como: secção de numerosos canais linfáticos, espaço morto decorrente do extenso descolamento do retalho dermogorduroso, forças de cisalhamento entre o retalho e a aponeurose e a liberação de mediadores inflamatórios^{7,8}. O seu acúmulo pode levar à drenagem da ferida operatória, deiscências, infecções locais que podem evoluir para sistêmica, e necrose.

É a mais frequente complicação nas abdominoplastias, sendo sua incidência variável na literatura³.

Como fatores de risco temos: obesidade, grandes



Seroma (imagem reproduzida de Antony, T⁹)



Seroma (imagem reproduzida de Antony, T⁹)

perdas ponderais, grande descolamento do retalho dermogorduroso, não preservação da fáscia de Scarpa, cicatriz supra umbilical prévia, e a associação de lipoaspiração. Kim & Stevenson¹⁰ observaram que pacientes com sobrepeso ou obesidade apresentaram incidência maior de seroma (38%) em relação aos pacientes com peso normal (19%).

No ensaio clínico in vivo de Ramos JEA, em 2011, o uso da técnica de abdominoplastia associada à lipoaspiração, com descolamento central

mínimo, ressecção do segmento medial infra umbilical e pubectomia parcial reduziu muito o número de complicações, sendo que entre os 483 pacientes observaram-se os seguintes resultados: nenhum caso de seroma, nem de deiscência (cl clinicamente detectáveis); um caso de hematoma; e dois de flacidez de pele. Assim como no estudo de Wulkan M & Hurwitz D⁵, no qual dentre 235 abdominoplastias com lipoaspiração e preservação da fáscia de Scarpa não houve nenhum caso clinicamente de-

tectável de seroma. Saldanha et al. também descreveram a abdominoplastia associada à lipoaspiração com descolamento reduzido e preservação da fáscia de Scarpa na região infra umbilical como redutores de complicações. Graf et al., em 2006, demonstraram, com o uso de Doppler, que a abdominoplastia com descolamento reduzido e preservação dos vasos perfurantes músculo-cutâneos reduziu as complicações, como seromas e necroses.

Assim, como medida preventiva do seroma é indicada a redução dos descolamentos do retalho, dentre outras medidas, utilizando técnicas descritas por Ramos JEA, Wulkan M & Hurwitz D, Saldanha et al., Graf et al, dentre outros. Além do uso de malhas compressivas no pós-operatório e a utilização dos pontos de adesão nas abdominoplastias.

A deiscência cirúrgica, abertura da ferida operatória, pode ocorrer como complicação primária ou secundária a abdominoplastia. A deiscência pequena (menor que 1 cm) e local é a mais frequente com 87,5%, sendo que 30% destas eram decorrentes de extrusão de pontos⁵. As complicações as deiscências são a infecção pelos principais patógenos *Echerichia coli*, fungos, *pseudomonas* e *Staphylococcus aureus* m-resistente (SAMR), e a necrose da pele secundária. O tratamento das deiscências cirúrgicas é clássico visando cuidados locais, com debridamento químico e físico, e antibioticoterapia.

Hematoma após a cirurgia ou hematoma pós-operatório é basicamente uma acumulação localizada de sangue no local da cirurgia. Desenvolve apenas algumas horas após



Deiscência (imagem reproduzida de Antony, T⁹)

a cirurgia, devido a algum tipo de dano nos vasos sanguíneos envoltantes, ou como resultado de pobre pós-tratamento do paciente. A condição é geralmente caracterizada por dor ou uma sensação de plenitude na área afetada, juntamente com a pele sobrejacente se tornando azul ou roxo. Nos casos leves, o sangramento é mínimo, e para ou reabsorve por conta própria, como o mecanismo de coagulação natural do sangue. No entanto, nos casos mais graves, o hematoma fica grande o suficiente para comprimir os tecidos e prevenir oxigênio de atingir a pele, resultando na morte eventual de pele. Isto pode aumentar ainda mais os riscos de ter outras complicações como infecção, ferida separação e necrose.

A incidência de hematomas na literatura gira de 5,0 a 6,0 %, porém em estudos mais recentes podemos observar uma queda desses números². No estudo de Almeida GA, em 2008 onde foram realizadas 288 abdominoplastias clássicas foram observados apenas

dois casos de hematomas, o que representou apenas 0,69% dos casos². Em outro estudo, de Jatene PRS et al, em 2005, das 424 abdominoplastias realizadas onde foram associadas ou não outras cirurgias, foram constatados 7 hematomas, 1,6% dos casos analisados³. Ainda em outro estudos de Porchat CA et al, de 2004, das 75 abdominoplastias a incidência foi de 5,55%, porém essa ocorreu apenas em cirurgias associadas, não ocorrendo em cirurgias isoladas, nesse estudo.

Um dos hematomas apresentados no estudo de Almeida GE teve que se reduzido com intervenção cirúrgica e outro com simples aspiração, com anestesia local. No estudo de Jatene PRS et al, foram drenados por simples aspiração sem complicações futuras³. No estudo de Porchat, todos foram resolvidos por punções ambulatoriais sem intervenções nos resultados final da cirurgia¹⁴.

A necrose é decorrente na maior parte das vezes por ato iatrogênico, e advém de

uma manipulação exagerada do retalho, seja por pinças, seja manualmente. A tensão exagerada do retalho, por excesso de ressecção, também pode levar à necrose. No paciente fumante podem ocorrer pequenas áreas de necrose nos bordos da ferida. A literatura pesquisada mostra que o mais comum são pequenas áreas isoladas de necrose na linha de sutura. A área que sofrerá necrose não pode ser delimitada logo de início e a conduta mais adequada é a espera de um período de tempo até a parada da evolução da mesma. É

necessário, nesse período, um apoio psicológico intenso, seja por parte do próprio operador, seja através de um profissional da área.

Na literatura temos a incidência de necrose na faixa de 4,8 a 6,0%¹⁵, porém podemos observar em novos estudos que esse número mostra-se menor. Como no estudo de Almeida JDA, dos 288 casos de abdominoplastias, apenas em 3 (1,04%) ocorreram necrose². No estudo de Jatene PRS et al, das 424 cirurgias, 2 (0,4%) apresentaram necrose de retalho³. No primeiro estudo, um dos casos foi devido a utilização inadequada da paciente de compressas quentes sobre a ferida e em outros dois devido ao au-

mento da tensão na de sutura. No estudo de Jatene PRS et al, os 2 casos foram acompanhados ambulatorialmente, sendo que um teve necessidade de reoperação após 1 ano para correção do resultado estético.



Necrose (imagem reproduzida de Antony, T⁹)

A porcentagem de hematomas e de necroses observados pelos autores advém da utilização de técnicas cirúrgicas apuradas, da seleção rigorosa de pacientes e de melhor técnica junto aos seus fatores de risco, assim como uma adequada orientação do pós-operatório ao paciente como de toda a equipe de saúde.

Em cirurgia geral, a incidência de trombose venosa profunda (TVP) varia de 16 a 30%, a incidência de tromboembolismo pulmonar (TEP) apenas com manifestações clínicas é de 1,6% e a incidência de TEP com consequente óbito varia de 0,1 a 0,8%. A TEP é também a causa mortis com possibilidade de ser prevenida mais comum em hospitais¹⁶. Os principais fatores predispo-

nentes ao desenvolvimento da doença tromboembólica estão associados à tríade de Virchow: estase venosa, lesão do endotélio e hipercoagulabilidade².

Nas pacientes submetidas à abdominoplastia, existem situações de risco para o desenvolvimento de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar. São estas condições: tipo de decúbito, tempo de cirurgia, trauma cirúrgico, limitações de atividades no pós-operatório, uso de anticoncepcionais e terapia de reposição hormonal¹⁷.

Em cirurgias mais longas, com a completa inatividade dos membros inferiores, a probabilidade de estase e trombose aumenta gradativamente com o tempo cirúrgico. Uma vez ocorrida a trombose venosa profunda, a possibilidade de liberação da parte proximal do trombo e sua embolização, principalmente pulmonar, é grande, podendo ocorrer horas após o fim da cirurgia, quando o membro inferior é mobilizado¹⁷.

O diagnóstico clínico da TVP é feito pela detecção de sinais locais unilaterais do membro inferior afetado: edema, dor intensa em panturrilha (Sinal de Homans), aumento de temperatura cutânea e dilatação das veias superficiais³.

Pode haver também

sinais gerais, como: febrícula, taquicardia e angústia¹⁶. Atualmente, o diagnóstico precoce da TVP é feito pelo ECO-Doppler venoso de membros inferiores, que tem a vantagem de ser um exame não invasivo, com especificidade de 60 a 98%³.

A cintilografia pulmonar de ventilação-perfusão e a angiografia pulmonar são úteis para o diagnóstico de embolia pulmonar. Exame físico e ausculta pulmonar não são de grande valia para o diagnóstico de embolia pulmonar, pois 30% dos pacientes submetidos à abdominoplastia podem apresentar temperatura elevada, dor torácica, sons pulmonares anormais, dispnéia e cianose, mesmo sem embolia pulmonar³.

O uso de medidas farmacológicas ainda é motivo de controvérsia na literatura, pela falta de dados objetivos sobre as alterações de sangramento durante e após a cirurgia¹⁷.

Apesar dos índices de trombose venosa profunda e consequente embolia pulmonar serem baixos em cirurgias plásticas, o cirurgião deve sempre pensar na possibilidade e instituir de forma rotineira a profilaxia destas intercorrências na sua clínica diária¹⁷.

Materiais e métodos

As complicações da abdominoplastia são, na maioria das vezes, locais e de pouca gravidade. As complicações sistêmicas e mais graves possuem baixa incidência.

A avaliação do risco pelo cirurgião plástico, principalmente em relação a fatores de

risco; e o planejamento e procedimentos corretos na cirurgia: deslocamento central mínimo, ressecção do segmento medial infra umbilical e pubectomia parcial para reduzir os seromas; drenagem nos casos de hematoma; e profilaxia correta para as diferentes categorias de risco de TVP foram capazes de grande redução na incidência de complicações na abdominoplastia nos últimos anos.

Bibliografia

1. Flageul G, Elbaz JS, Karcenty B. Complications of plastic surgery of the abdomen. *Ann Chir Plast Esthet*. 1999 Aug;44(4):497-505.
2. Almeida EG, Almeida GL. Abdominoplastia: estudo retrospectivo. 2008;23(1):1-10.
3. Jatene PRS, Jatene MCV, Barbosa ALM. Abdominoplastia: experiência, clínica, complicações e revisão da literatura. 2005;20(1):65-71.
4. Cavalcante HA. Abdominoplastia após perda de peso maciça: abordagens, técnicas e complicações. 2010;25(1):
5. Wulkan M, Hurwitz D. Preservação e suspensão da fáscia de Scarpa na abdominoplastia. 2010;25(3): 490-8.
6. Martino MD, Nahas FX, Novo NF, Kimura AK, Ferreira LM. Seroma em lipoabdominoplastia e abdominoplastia: estudo ultrassonográfico comparativo. *Rev. Bras. Cir. Plást*. 2010 Dec; 25(4): 679-687.
7. Keramidas EG, Rodopoulou S, Khan U. Pseudo-cyst formation after abdominoplasty combined with liposuction: A case report and review of the literature. *Eur J Plast Surg*. 2006;28:400-2.
8. Ersek RA, Schade K. Subcutaneous pseudobursa secondary to suction and surgery. *Plast Reconstr Surg*. 1989; 85(3):442-5.
9. Antony, T; III Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia Plástica e Estética, 2012; *Complicações em abdominoplastias*.
10. Kim J, Stevenson TR. Abdominoplasty, liposuction of the flanks, and obesity: analyzing risk factors for seroma formation. *Plast Reconstr Surg*. 2006; 117(3):773-9.
11. Ramos JE. Abdominoplastia com lipoaspiração e descolamento mínimo. *Rev. Bras. Cir. Plást*. 2011; 26(1): 116-20.
12. Saldanha OR, Pinto EBDS, Jr WNM, Lucon RL, Magalhães F, Bello EM. Lipoabdominoplasty without undermining. *Aesthet Surg J*. 2001;21(6):518-26.
13. Saldanha OR, Pinto EBDS, Jr WNM, Pazetti CE, Lopes BEM, Rojas Y, et al. Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. *Aesthetic Plast Surg*. 2003;27(4):322-7.
14. Porchat CA, Santos EG, Neto GPB. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à abdominoplastia isolada e combinada à outras cirurgias do abdome. 2004;
15. Nascimento AP. Complicação de um caso pós-abdominoplastia. 1998;1(1):33-5.
16. Pontelli, E, P.; Scialom, J. M.; Dos Santos-Pontelli, T. E. G. Profilaxia tromboembólica farmacológica e por compressão pneumática intermitente em 563 casos consecutivos de abdominoplastia. *Rev. bras. cir. plást*;27(1):77-86, jan.-mar. 2012. *ilus, tab*.
17. Anger J, Baruzzi AC, Knobel E. Um protocolo de prevenção de trombose venosa profunda em cirurgia plástica. *Rev Bras Cir Plast*. 2003;18(1):51-4.

Estudo retrospectivo de 266 pacientes submetidos à lipoaspiração semitumescente em 2011

Dr. Luis Salgado

A lipoaspiração continua como a cirurgia cosmética mais realizada no mundo. Segundo Ivo Pitanguy, a técnica de lipoaspiração tem uma história recente, inicialmente desenvolvida por Giorgio Fisher em Roma, Itália em 1974 e Arpad em 1976 foi aprimorada e divulgada por Illouz e Fournier, no final da década de 70 em Paris, França, utilizando instrumen-

tal mais apropriado. No Brasil, Ewaldo Bolivar de Souza Pinto foi um dos pioneiros que mais se aprofundou na matéria.

As intervenções evoluíram de maneira "a seco" onde nenhuma solução infundida no interior do tecido aspirado para úmida onde são infundidos volumes e substâncias variáveis. Conseqüente a isso, no início, um maior trauma teci-

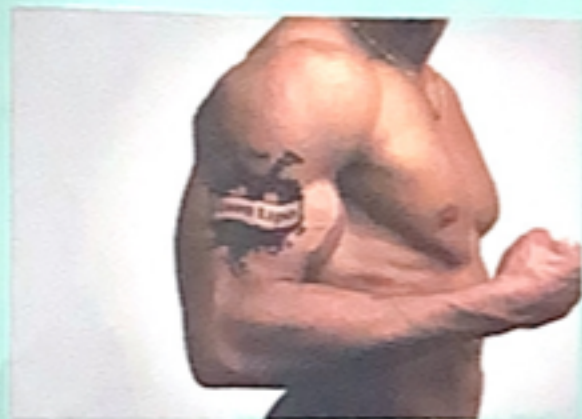
dual era provocado, maior dor no pós-operatório, maior incidência de infecção ou trombose e embolia gordurosa foram descritos em comparação com as técnicas que se seguiram.

No final de 1984 formando-se médico, Jeffrey Klein, com dois mestrados (matemática e bioestatística em Saúde Pública) e dois anos interno de Farmacologia Clínica, pro-

LIPO É COM A EASEMED

PARE DE LUTAR COM SEU EQUIPAMENTO DE LIPOASPIRAÇÃO

MUDE AGORA PARA O VIBEPLUS



www.easemed.com.br
fone (011) 4113 0393

Totalmente Eletrônico
Muito mais confortável
Mais segurança e controle

moveram o conhecimento e a experiência necessária para o conceito da Técnica Tumescente. Em Abril de 1985, Klein realizou o seu primeiro procedimento de lipoaspiração utilizando anestesia local. A primeira apresentação da técnica tumescente foi em congresso sobre cirurgia de lipoaspiração em Junho 1986. O primeiro artigo descrevendo a técnica foi publicado no American Journal of Cosmetic Surgery em Janeiro de 1987. Com o passar dos anos a técnica tem sido desenvolvida e refinada.

Considerações anatômico cirúrgicas

O tecido adiposo é um tipo de tecido conjuntivo caracterizado pelo predomínio de células adiposas (adipócitos). Aos 18 anos o homem tem de 15 a 18% e a mulher de 20 a 25%. Durante a vida adulta pode atingir de 30 a 40% do peso corpóreo. A gordura a ser aspirada encontra-se acima da camada muscular, dando mui-

ta segurança ao método. O maior cuidado deve ser com enfraquecimentos ou perda de continuidade, ou quando a penetração da cânula poderá perfurar alguma estrutura vital.

- Funções da Gordura

O tecido adiposo em humanos é um tipo de tecido conectivo contendo adipócitos, vasos sanguíneos, nervos e fibras colágenas. Gordura, sinônimo de tecido adiposo, consiste predominantemente de adipócitos mas também contém quantidades significativas de colágeno (tipo I e III), sangue, vasos linfáticos e nervos. Aproximadamente metade das células do tecido adiposo são adipócitos.

As funções do tecido adiposo são armazenar energia, promover isolamento térmico, absorver impactos físicos e promover sex appeal. Existe uma distribuição em gênero. O homem tem mais gordura na região superior enquanto que as mulheres tendem para a região inferior.

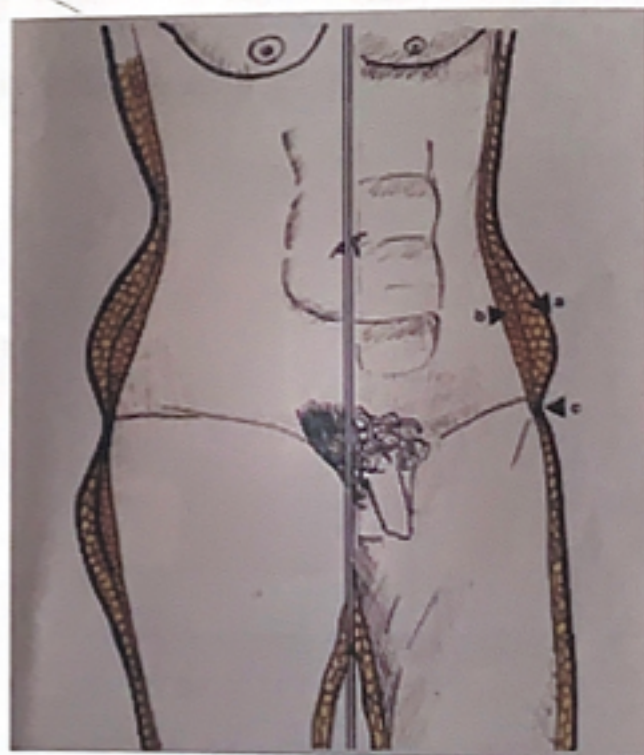
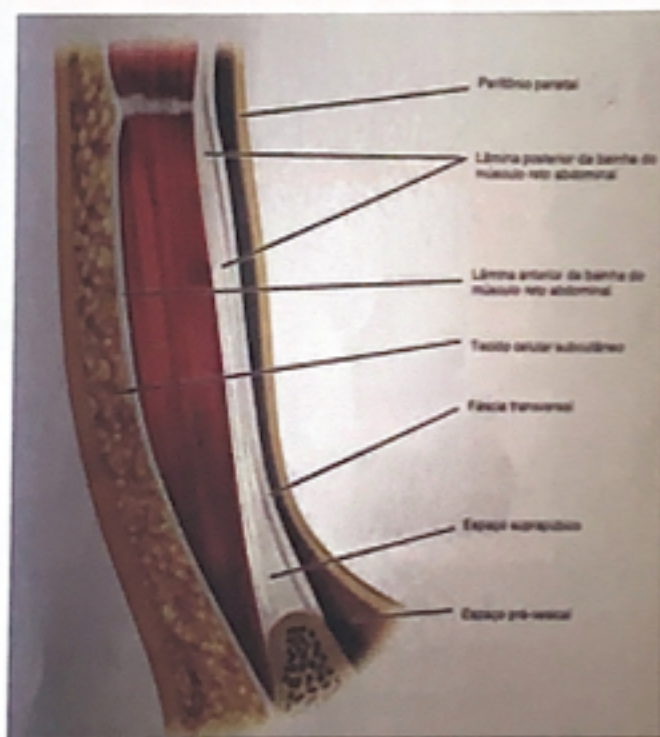
A figura masculina idealizada tem sido com o máximo de definição muscular e um mínimo de gordura. Em contraste, idealizamos uma figura feminina com aparência macia e curvilínea.

- Epidemiologia

A lipoaspiração é a intervenção cirúrgica mais realizada na área estética no mundo. A predominância pelo sexo feminino é de aproximadamente 95%. Existe uma grande variação na faixa-etária dos pacientes, sendo que a maioria esta entre 30 e 50 anos. Abdome é a área mais solicitada à lipoaspiração, seguida pela parte lateral da coxa. A quantidade da solução infundida e o total aspirado variam muito de acordo com o peso, altura e quantidade de gordura de casa paciente.

Riscos

Em humanos os riscos são determinados por observação epidemiológica. Klein infiltrou 60 mg/Kg em vários pacientes e ob-



Desenho de corte de perfil da parede abdominal

servou que 1 em 300 apresentava sinais de toxicidade.

No Brasil, E.U.A. e outros países não se consegue um levantamento real de dados por não haver revelações dos casos de alterações. Mas o que se pode apresentar é estimado por Klein em suas publicações (tabela abaixo). A verdadeira Técnica Tumesciente não usa solução EV, com remoção de gordura sobrenadante inferior a 4 L e menor do que 4 % do peso do paciente. Em suposição hipotética, ocorre uma morte em lipoaspiração com técnica tumescente, por embolia pulmonar. Considerando o número de pacientes no mundo os quais foram sub-

metidos ao mesmo procedimento, a estimativa de mortalidade seria de 1 para 500.000 (1:500.000). Como vantagem,

o paciente não é submetido à anestesia geral, peridural ou raque e dispensa a necessidade de internação hospitalar.

Causa de óbito	Nº de óbitos	Porcentagem
Tromboembolismo	30	23,1
Perfuração visceral	19	14,6
Anestesia/sedação/medicação	13	10
Embolia gordurosa	11	8,5
Parada cardiorrespiratória	7	5,4
Infecção maciça	7	5,4
Hemorragia	6	4,6
Desconhecida/confidencial	37	28,5
Total	130	100

Fonte: Grazer e De Jong, 2000.

- Tromboembolismo Pulmonar

O risco de trombose está relacionado a estase, trauma e hipercoagulabilidade (tríade de Virchow). A demora da cirurgia e a não contração da panturrilha aumenta o risco de estase. A deambulação precoce é de fundamental importância.

- Perfuração visceral

Deve-se ter muito cuidado não só na hora de aspirar mas também durante a infiltração. As cânulas mais finas tem maior facilidade de penetração.

Cuidados pré-operatórios

A interrupção do tabagismo e medicamentos que alterem a coagulação deve ser incentivada. Medicamentos que potencializem os efeitos da adrenalina devem ser suspensos ou reduzidos, como hormônios tireoidianos, antidepressivos e inibidores de

apetite. Exames pré-operatórios e avaliações cardiológicas seguem as mesmas indicações de cirurgias gerais.

- Legislação sobre o local Cirúrgico

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária regulamenta as exigências necessárias para execução de procedimentos médicos em geral. Desde estruturação física, equipamentos, processamento de materiais, armazenagem entre outros. A RDC no 50 dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e a RDC n. 8 estabelece os critérios sobre esterilização de materiais médicos. O Conselho Federal de Medicina estabeleceu mais recentemente sob a resolução no 1802/2006 os parâmetros de segurança a serem observados

nas cirurgias de lipoaspiração e mais recentemente, a resolução no 1886/2008 as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

Técnica operatória

Demarcação das áreas-alvo, anti-sepsia, colocação de campos operatórios, infiltração de solução anestésica (Klein ou similar), lipoaspiração, limpeza, curativo e colocação de cinta pós-cirúrgica.

Em princípio, a lipoaspiração tumescente pode ser feita em qualquer área do corpo onde haja depósitos de gordura superficiais inestéticos, sendo esta a sua principal vantagem. A solução tumescente pode ser aplicada tanto de forma manual (com uma seringa) quanto mecânica (com uma bomba infusora). A aplicação manual da solução leva mais tempo comparado a aplicação usando

a bomba. Segundo A solução deve ser injetada de forma homogênea, em media na velocidade media de 150 mL/minuto.

A tumescência pode ser interrompida quando as áreas a ser tratadas apresentarem-se com o chamado efeito branqueador, ou seja, quando estiverem brancas e distendidas. A infusão mais lenta ou mais rápida da solução anestésica de Klein não aumentou a incidência de casos de toxicidade pela lidocaína, apenas relato de dor e desconforto pelo paciente.

Não existe técnica ortodoxa para a liposucção tumescente ou similares. Segundo Klein, preferências pessoais e variações de técnica refletem estilo artístico. O processo de conhecimento sobre as várias técnicas fazem, naturalmente, a evolução do desenvolvimento de cada cirurgião. As preferências vão se alterando conforme se experimenta variações das técnicas.

Três critérios são usados para julgar qualquer cirurgião que utilize a técnica tumescente: segurança, resultados estéticos e ética. Todos os pacientes deveriam ser capazes de avaliar seus cirurgiões pelos resultados estéticos. Quanto a ética, como exemplo, seria impróprio um cirurgião anunciar que usa a técnica de hidratação mas utiliza a técnica seca, colocando o paciente a um maior risco por métodos antiquados e mais perigosos.

Microcânulas podem ser utilizadas com anestesia sistêmica ou local. Tem as vantagens de resultados menos agressivos e reduz as necessidades de retoques. Os maiores incômodos do resultado da liposucção, mais importante que

o volume de gordura removida, são as irregularidades que surgem deformidades do natural. O sucesso da cirurgia requer esforços contínuos para manter a superfície regular em todas as áreas tratadas. O descuido com os detalhes, superconfiança ou agressividade se transformam em reclamação do paciente.

Associado a uma boa técnica está a escolha do paciente, a monitoração, a escolha de cânulas, a produção de pressão negativa (vácuo), a marcação prévia das áreas e o posicionamento pre-operatório do paciente.

- Anestesia: Solução de Klein clássica

- Solução salina 0.9% (1000 mL)
- Adrenalina 1 mg/ml (1 mL)
- Bicarbonato de sódio 8.4% (10 mL)
- Lidocaína 2% (20 mL)

A maior discussão sobre a técnica tumescente está, sem dúvida, na dose de lidocaína utilizada. A diluição inicial proposta por Klein continha 35mg/kg de peso, sendo que existem publicações de uso de doses superiores a 80mg/kg sem relato de complicações relacionadas à anestesia, incluindo sintomas de intoxicação (fraqueza muscular, fasciculações, convulsões, arritmias, coma e parada cardiorrespiratória).

Em média, a dose preconizada deve estar próximo a 30-35mg/Kg, não ultrapassando 55mg/Kg de lidocaína. O volume total de solução infundida varia de 1000 a 4000 mL em media, não ultrapassando 6000 mL da solução de Klein.

- Efeito antimicrobiano

Segundo trabalhos do Dr. Rafael Abril Andara(9) há anos que se tem o conhecimento do efeito dos anestésicos locais para inibir o crescimento de diferentes espécies de bactérias in vitro. Se há sugerido que o uso da anestesia local pode interferir com a contagem microbiana de biopsias de tecidos de cultivos contribuindo com falsos negativos pela ação antibacteriana. Existem casos estudados do efeito antibacteriano in vivo. Andara concluiu que a lidocaína apresenta efeitos antimicrobianos.

- Material



Aparelho de pressão negativa "Vácuo"

Cânulas: a escolha do material a ser utilizado é fundamental. Qualidade do material, cumprimento, diâmetro e tipo de orifícios são importantíssimos.

Os diâmetros das cânulas variam de 1,0 a 6,0 mm e o comprimento de 150 a 350 mm. O menor diâmetro das cânulas tornou o procedimento mais seguro, por menor ocorrência de sangramento e embolia. Vários outros fatores promoveram maior segurança e menor incidência de infecção.



Cânulas: Os diâmetros variam de 1,0 a 6,0 mm e o comprimento de 150 a 350 mm

As incisões são mantidas abertas o tempo suficiente para promover uma efetiva drenagem pós-operatória. O possível efeito antibacteriano da lidocaína, demonstrada no menor crescimento bacteriano do líquido aspirado pela técnica úmida em relação à técnica seca. O menor tempo de permanência hospitalar e a mobilização precoce favorecem o paciente iniciar mais rapidamente a drenagem linfática e o retorno às atividades laborais.

Resultado: variações nos pacientes

Das 266 pacientes lipoaspiradas, a mais jovem com 19 anos e a mais idosa 54 anos; sendo 39% até 30 anos, 44,5% de 31 a 40 anos, 9% de 41 a 50 anos e 4% acima de 51 anos.

Em relação aos volumes de gordura sobrenadante, os volumes aspirados mediram

entre 0,75 L para a menor aspiração e 5,5 L para a maior, sendo 4,3% removidos até 1 L, 24,3% entre 1,1 e 2,0 L, 42,8% entre 2,1 e 3,0 L, 24,3% entre 3,1 e 4,0 L e 4,3% superior a 4,1 L.

Diferença entre as medições da circunferência abdominal, na linha umbilical, logo antes da cirurgia e 45 dias depois, alcançou média de 11,5 cm. Sendo a maior medida de 118 cm antes da cirurgia e 107 cm após a cirurgia. A menor circunferência foi de 69 cm antes da cirurgia e 57 cm após a cirurgia.

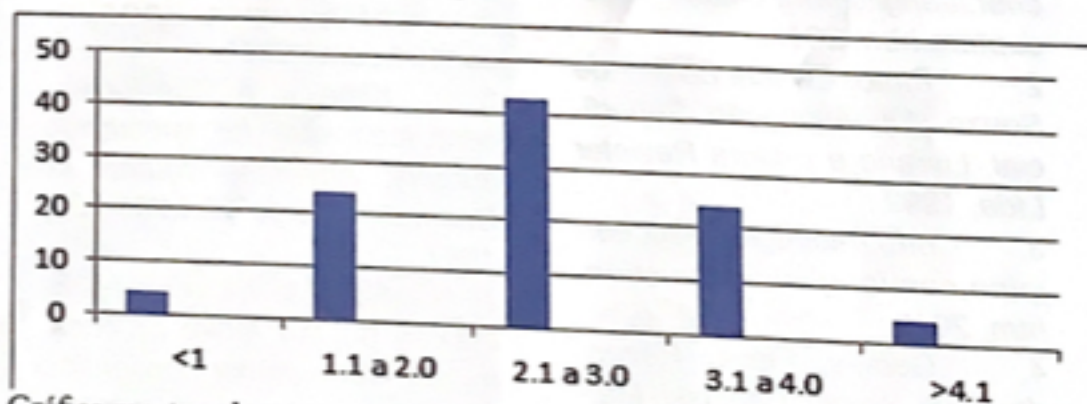


Gráfico mostrando a proporção entre o volume de gordura aspirada das pacientes



São utilizados diferentes tipos de manoplas, com diferentes formatos e tamanhos

Arquivo fotográfico

Segue arquivo fotográfico com fotos imediatamente antes da cirurgia e 45 dias após. Essas pacientes são o resultado de sorteio de 7 entre as 266 que fizeram seu retorno para revisão em 45 dias. As fotos não passaram por qualquer edição, exceto o corte para mostrar apenas a região lipoaspirada.



Bibliografia

1. http://www.giorgiofischer.it/english/orthostatic_liposuction.htm, 2012.
2. Pinto, Ewaldo Bolivar de Souza. *Lipoaspiração Superficial*. Livraria e Editora Revinter Ltda, 1999.
3. <http://acirurgiaplasticadrjpina.com/english/liposuction.htm>, 2012.
4. Gomes, Flávio Rezende; Levy, Sergio; Babinski, Márcio Antônio; Fernandes, Rodri-

go Mota Pacheco. *Anatomia Para o Cirurgião Plástico*. Di Livros Editora Ltda, 2012.

5. <http://www.liposuction101.com/>, 2011.
6. Klein, J. A: The tumescent technique for liposuction surgery, *American Journal of Cosmetic Surgery* 4:263-267, 1987.
7. Faunce TA, Rudge B: Deaths on the table: proposal for an international convention on the investigation and preven-

tion of anesthetic mortality, *Med Law* 17:31-54, 1998.

8. Trott ABSJ, Rohrich RJ, Kenkel JM, Adams WP, Klein KW. Safety considerations and fluid resuscitation in liposuction: an analysis of 53 consecutive patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 1998.
9. <http://pt.scribd.com/doc/3919477/Efecto-Antimicrobiano-de-la-Lidocaina-en-Heridas-Quirurgicas>, 2006.

Clínica estética e subjetividade

Claudia Marsico Teixeira

Em um mundo que valoriza cada vez mais a imagem e a universalidade de padrões de beleza redutores e estipulados, cresce a responsabilidade dos educadores e dos profissionais da saúde, em estudar a questão e entender o processo embutido no referencial que se impõe como implicado na formação da estrutura do sujeito. Para isso, será fundamental que se busque uma trilha conceitual pautada na literatura psicanalítica e na história das transformações na representação da figura humana e de sua imagem. Ressalta-se aqui a interdisciplinaridade, onde o embasamento teórico da psicanálise irá validar o enredo nascido das observações e vivências no trato da estética.

O interesse sobre o tema emergiu da experiência clínica

no atendimento a pacientes do ambulatório do curso de Pós-graduação em Estética e Cosmetologia da Universidade Veiga de Almeida (UVA) coordenado por esta autora.

A pertinência do assunto se sustenta em sua atualidade e relevância no contexto social onde a globalização nos confronta com um corpo cada vez mais 'uniformizado' e exposto cada vez mais a in-

tervenções de toda ordem. A partir dessa abordagem e utilizando a vertente psicanalítica para aprofundar, e mesmo enunciar, esse corpo com sua subjetividade, pretendemos também prestar nossa contribuição para a formação de um profissional de estética cada vez mais capaz de lidar com esse outro objeto, que não é mais só o da estética apreendida como resolução para o alcance de um ideal que já se sabe inatingível, mas da estética que funciona cada vez mais como coadjuvante, e por vezes até mesmo determinante, na construção do sujeito.

Em um mundo que valoriza cada vez mais a imagem e a universalidade de padrões de beleza redutores e estipulados, cresce a respon-

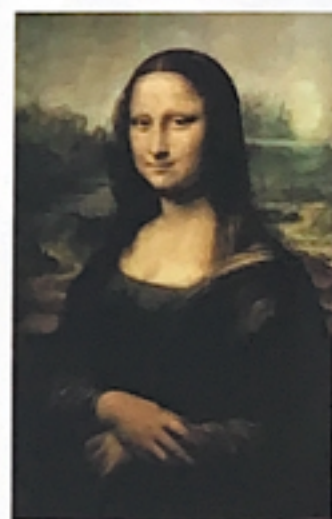
“Um defeito da alma não se corrige no rosto, mas o defeito do rosto, se o corrigimos, poderá ser a cura da alma.”

Ivo Pitangy

sabilidade dos educadores e dos profissionais da saúde em estudar a questão e entender o processo embutido no referencial que se impõe como implicado na formação do sujeito.

Ao longo da história da humanidade o modelo de beleza vem passando por inúmeras transformações. Com a globalização da estética, impôs-se um padrão de beleza universal (alto e macérrimo) inatingível para a maioria,

tornando intrincado o (inde-sejável!?) enquadramento de todos os sujeitos no mesmo ideal de beleza. Em tempos remotos, a representação nas pinturas dos séculos passados, por exemplo, apresentavam homens e mulheres portadores de adiposidade, o ideal de beleza residia nas nuances mais avantajadas. Exemplo disso é a 'Mona Lisa' de Leonardo da Vinci, data- da de 1505-06, exposta no Museu do Louvre em Paris, França ou em 'As banhistas', da lavra de Pierre-Auguste Renoir em uma pintura de 1887 que hoje pertencente ao acervo do Museu de Estocolmo, Suécia. Nesta obra o autor retrata a beleza feminina que impressionou os artistas do final do século XIX.



Mona Lisa. Leonardo da Vinci. Acervo Museu do Louvre, Paris

A partir dos anos 60, o padrão 'esqueleto' passou a ser incorporado cada mais vez na sociedade. É preciso que

sejam apresentados motivos para essa mudança e como isso está envolvido na relação sujeito/sociedade e, principalmente, como se engaja na própria subjetividade. Vale mencionar neste momento problemas como anorexia e bulimia e a realidade do mercado de trabalho atual que está preterindo os obesos de-

vido à compleição física que não atende e não se encaixa em um determinado padrão.

O objetivo deste trabalho é demonstrar que a imagem do sujeito é fundamental em sua formação e entendimento enquanto tal e como participante de uma sociedade e de seus sub-grupos.



'As banhistas'. (1887) Auguste Renoir. Acervo Museu de Estocolmo, Suécia.

A estética como espetáculo

O filósofo, diretor de cinema e pensador francês Guy Debord em seu livro "A Sociedade do Espetáculo" já em 1967 criticava a onipresença da mídia que super expunha a imagem, criava necessidades a serem satisfeitas bem como a ilusão de que o espetáculo estava em toda a parte, relegando o indivíduo a mero expectador e consumidor passivo de imagens. Para Debord, quando mais o sujeito "aceita reconhecer-se nas imagens dominantes da necessidade, menos compreende sua própria existência e

desejo". Irresistível mencionar que naquela época ainda não existiam programas televisivos como os Realitys como os 'BBB's'— o que só faz atestar a atualidade de suas críticas.

Os formatos narrativos empregados pelos diferentes meios de comunicação conseguem se sobrepor às experiências efetivamente vividas por aqueles que ficam como que hipnotizados principalmente pelas imagens que a tela disponibiliza: há uma verdadeira estetização da realidade, um investimento libidinal no imaginário criado por algo externo ao sujeito. O sujeito desejan-

tem sua possibilidade criativa asfixiada e fica impossibilitado de desenhar uma estética própria para aquilo que lhe causa prazer. O que lhe resta é escolher uma dentre as várias opções já prontas que lhes são oferecidas. Não precisa criar, pois tudo já foi feito pelo discurso imagético do Outro e disponibilizado 'on time, ful time, on line'.

"A sofisticação tecnológica e dos canais de distribuição têm permitido um fluxo cada vez mais intenso e imediato de imagens. Estas são apresentadas on line o que empresta à narrativa midiática atual um status de Verdade. Assim, a mídia se candidata ao lugar deixado vago pelo Mito, pela Religião e pela Ciência. Entretanto, o lugar da Verdade não é fácil: não há efeito especial que o sustente." (MEDEIROS, 2007, p. 89).

O corpo pós-humano

Simone Korff Sausse, psicanalista francesa, numa conferência no II Colóquio Internacional O Corpo Contemporâneo: Psicanálise e Criação, no Rio de Janeiro em 2007, apresentou o texto "O corpo extremo: corpo não-humano, corpo pós-humano ou corpo demasiado humano?" propondo uma reflexão sobre o corpo contemporâneo a partir da dupla abordagem clínica & estética e

oferecendo como referencial o cruzamento entre as produções artísticas dos artistas contemporâneos e os destinos do corpo na clínica. O interesse central é o movimento dos artistas contemporâneos que intervêm sobre o corpo para lhe infligir aspectos não humanos, ou mesmo de fazer deste corpo um objeto pós-humano – entendido aqui como proposições de hibridização entre homem e máquina, carne e silício, no sentido de transposição da ontologia tradicional, dos limites físicos e culturais que definiram his-



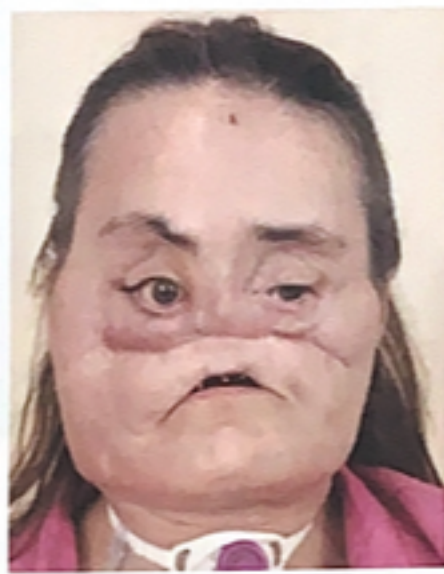
Connie Culp. Reprodução da internet

A americana Connie Culp teve parte do rosto destruído por um tiro em 2004 disparado pelo marido e que atingiu seu nariz, bochecha, maxilar e olho. A americana submeteu-se a uma cirurgia reparadora em dezembro de 2008, em Cleveland, nos Estados Unidos que substituiu 80% de sua face.

Desde então, ela recebe apoio psicológico periódico e faz exames regulares para comprovar a evolução de seu olfato e de seu pala-

toricamente o conceito de humano, visando desumanizá-lo.

Esses movimentos artísticos reservam um grande lugar ao corpo em suas obras e mesmo desconstruindo-os e desumanizando-os, conseguem chegar a verdadeiras criações. Pelo viés da clínica, a psicanalista aponta os desafios clínicos que são mobilizados pelos sintomas e movimentos somáticos do corpo dos pacientes, reunindo sob a noção de "corpo extremo" um certo número de situações do corpo (o corpo com deficiência fisi-



Connie Culp antes da cirurgia reparadora. Reprodução da internet

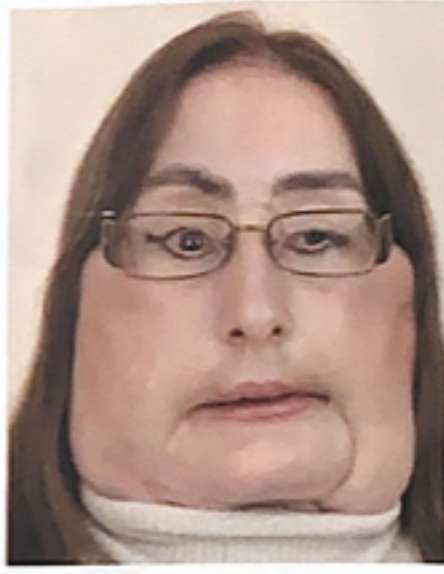
dar, além de suas capacidades de aspirar e gesticular.

Outro exemplo é o do espanhol Oscar, primeiro paciente no mundo a receber um rosto completo em transplante realizado no Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, conforme podemos ver.

O espanhol, que recebeu alta em julho de 2010, sofria de uma importante deformidade no rosto causada por um traumatismo resultante de um acidente. Com a

ca, o corpo prematuro, ferido, queimado, envelhecido, transexual etc.) que têm em comum o fato de levar o sujeito às fronteiras do humano.

O "corpo extremo" é ao mesmo tempo objeto de desconstrução simbólica e desumanização, e igualmente o lugar de simbolizações inesperadas e insólitas permitindo a re-humanização do sujeito – o que pode ser perfeitamente representado pelo rosto transplantado da americana Connie Culp conforme mostram as figuras a seguir:



Connie Culp após a cirurgia reparadora. Reprodução da internet

utilização de técnicas de cirurgia plástica e micro-cirurgia reparadora vasculonervosa, Oscar teve transplantados todos os músculos e a pele do rosto, pálpebras, nariz, lábios, maxilar superior, dentes etc.

Ele recuperou a sensibilidade em grande parte de seu rosto e vem recuperando de maneira parcial a mobilidade da musculatura, apesar de, na data da alta, ainda não conseguir fechar os olhos e a boca completamente.

O que leva uma pessoa a mutilar seu corpo com a utilização de alargadores de orelha e nariz? A bifurcar sua língua? A perfurar seu corpo com objetos supostamente 'decorativos'? Ou, no caso da mutilação genital feminina, o que leva uma pessoa a dispor do corpo de outra desta forma? Esta realidade (mutilações, tatuagens, piercing etc.) nos coloca diante da dialética do visível e do invisível, da aparência e da interioridade, do humano e do não-humano. O sujeito pode ser belo em seu interior, mas feio em sua aparência exterior ou, ao contrário, ser feio por dentro e belo por fora. É possível ser humano por fora e animal por dentro, mas é possível ser animal na aparência exterior e humano no interior. O filme "A Bela e a Fera" é uma metáfora deste status. "Por fora bela viola, por dentro pão bolorento". Que linha é essa que demarca o que é belo e o que é feio?

Clinicamente, podem ser observadas histórias de sujeitos que se lançam em busca de reparação enquanto outros empreendem um comportamento de destruição ou mutilação. No campo do trauma, o sujeito que percorre a via da reparação busca corrigir a aparência e/ou sofrimento corporal que a vida lhe impôs (através de uma doença, acidente, envelhecimento etc).

Esse sujeito é de alguma forma vítima da mudança em sua aparência. Ele inexoravelmente será confrontado com esta aparência 'modificada' e, eventualmente, procurará repará-la. Neste caso, o



Oscar, espanhol, foi o primeiro paciente no mundo a receber um rosto completo em transplante realizado no Hospital Vall d'Hebron de Barcelona

corpo que parece ir além de si, vivido com sentimento de unidade e continuidade, fonte de provas naturais e não questionadas, torna-se uma figura de estranheza inquietante, um perseguidor, um inimigo a ser combatido. É desafiador, por exemplo, para a mulher que sempre foi considerada 'bela' pelos padrões de sua sociedade, ver a idade chegar e a beleza se esconder atrás de rugas e flacidez.

O que dizer do sujeito que deliberadamente altera a conformação de seu corpo supostamente 'normal'? O sujeito que busca, ele mesmo, alterar sua aparência, é autor de sua transformação e ao transgredir os dados biológicos da realidade do corpo este sujeito poderá estar em uma posição perversa ou em uma dimensão delirante psicótica, defende Simone Sausse.

Vistos através de uma abordagem clínica, os sujeitos que deliberadamente impõem

alterações aos seus corpos se inscrevem num grande leque de intervenções, sejam as estéticas de menor complexidade até as transformações corporais radicais e mutilantes. Trata-se de alterar um aspecto da aparência externa – aspecto este vivido como 'inestético' ou não conforme a imagem de si, para que

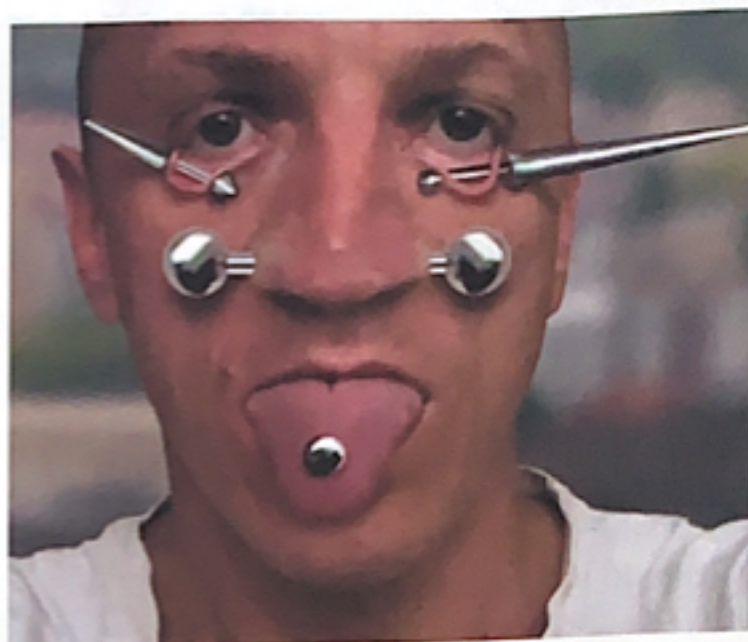


Erik Sprague, o "homem lagarto". Reprodução da internet.

a aparência externa coincide com a imagem de si. Talvez ainda não se possa inferir com absoluta segurança se este comportamento se inscreve em uma organização psicopatológica ou em um movimento estético; ou mesmo filosófico e existencial.

A aparência estética do sujeito pode, então, ser entendida como o topo de um iceberg humano. A aparência estética pode ser tratada como o resultado visível do processo complexo da evolução humana, fenômeno obviamente polivalente, pelas suas magnitudes filosófica, biológica, psicológica e sociológica. Educar esteticamente a personalidade, portanto, não é tarefa elementar, vez que transcende o simples gestual dos músculos.

Uma vez constatado que estamos vivendo em uma cultura com características eminentemente narcisistas, onde há predomínio do uso da imagem e um exagerado incentivo ao consumismo e ao culto ao corpo, Nancy Etcoff, em seu 'Survival of the Prettiest', sugere que a necessidade da busca pela beleza é indispensável para a realização e o sucesso no mundo moderno. O que resulta, de acordo com estudos psiquiátricos, no aumento significativo do número de pessoas fisicamente 'sadias' procurando cirurgia estética nas últimas décadas. A título de exemplo, podemos citar uma modelo carioca que aos 37 anos de idade, submeteu-se à sua 42ª cirurgia plástica, aproximando-se do recorde mundial, atestado pelo 'Guinness Book', na época, de 47 intervenções, da norte-americana Cindy Jackson. A modelo carioca colocou fios de nylon sob as pálpebras para



Reprodução da internet.

obter uma aparência oriental no intuito de homenagear o centenário da imigração japonesa, tema do enredo de uma grande escola de samba. O corpo parece ser visto como um objeto destituído de qualquer outra significação que não a de oferecer o impacto visual necessário ao show, considerado peça ajustável às novas expectativas sociais, pode/deve ser manipulado, modificado e reconstruído, mesmo que seja apenas para cumprir uma função específica em um evento passageiro.

Bibliografia

1. **DEBORD, Guy.** *A sociedade do espetáculo.* Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
2. **ETCOFF, Nancy Lee.** *Survival of the prettiest: The science of beauty.* Houston: Knopf Doubleday Publishing Group: 2001
3. **FRANCO, Edgar.** *Será o pós-humano? Ciberarte & Perspectivas pós-biológicas.* 2007. Disponível em: <<http://www.tipos.com.br/areas/posthuman/blog/2007/02/19/sera-o-pos-humano-1260196/>>. Acessado em 24/02/2011.

4. **LACAN, Jacques.** [1964]. *O seminário, livro 11 Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* In *Outros escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
5. **MEDEIROS, Sérgio.** *O belo e a morte: Uma abordagem psicanalítica sobre a estética e o sujeito feminino.* Tese de doutoramento. Rio de Janeiro: Ed. COP Gráfica e Editora Ltda., 2007.
6. **QUINET, Antonio.** *Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
7. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008
8. **SAUSSE, Simone Korff.** *O corpo extremo: corpo não-humano, corpo pós-humano ou corpo demasiado humano?* In: *Colóquio Internacional O corpo contemporâneo: Psicanálise, cultura e criação.* Organização Universidade Santa Úrsula, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e Paris VII, realizado no Rio de Janeiro em 29 e 30 de outubro de 2007.

AEDM Associação dos escritórios de defesa dos médicos

Surge uma nova arma de defesa do médico

O ano de 2013 traz um marco para a defesa profissional médica. O Surgimento da AEDM – Associação dos Escritórios de Defesa Médica, formada pelos principais escritórios de advocacia do País, especializados na defesa profissional dos médicos, liderados pelo Dr. Lymark Kamaroff.

Estes escritórios se uniram para formar a AEDM, a fim de promover o intercâmbio técnico/jurídico, facilitar a logística de acompanhamento processual e principalmente melhorar o padrão de qualidade no atendimento do médico em todas as suas necessidades em todo o território nacional.

“A idéia de montarmos essa associação é um sonho antigo, onde poderemos oferecer uma qualidade melhor em nosso atendimento regional, bem promover um crescimento em bloco para todo o país, padronizando aquilo que vem dando certo, sem egoísmo e vaidades, mas com muito trabalho e profissionalismo.” Diz Dr. Lymark Kamaroff, Presidente da AEDM.

Cumprir destacar que o projeto da AEDM é expansivo para outros escritórios que queiram se filiar, passando a adotar o selo AEDM de qualidade em defesa profissional médica.

Mas como a AEDM irá fazer a diferença no dia a dia do médico? Simples, na melhoria da qualidade técnica das defesas médicas, na logística de atendimento, na promoção de simpósios técnicos para se discutir medidas nacionais que poderão ser adotadas regionalmente. “Iremos buscar parcerias com as entidades representativas dos médicos a fim de espalhar essa boa notícia e promover uma revolução na forma de defender o médico em todo o Brasil” Diz Dr. Lymark Kamaroff

Além disso, a AEDM irá promover cursos de conscientização profissional médico para os alunos de faculdades e residentes a fim de prepará-los para um mundo onde a relação médico-paciente é entendida como uma relação de consumo.

“Temos como meta estar nas principais instituições de ensino, para preparar desde a formação os jovens médicos para toda a legislação que eles irão se submeter” diz Dr. Lymark Kamaroff

Desta forma, a atuação da AEDM será ampla e restrita aos interesses médicos, focando sempre a prevenção e a divulgação das mudanças importantes na relação médico-paciente, de forma a tirar o médico do banco dos réus e colocar ele no lugar que na posição de destaque, que sempre foi o seu lugar.

O gerenciamento de risco é um projeto trazido pelo Dr. Lymark Kamaroff e desenvolvido por sua equipe de advogados da Kamaroff e Colaboradores.

Fazem parte da equipe a Dra. Bárbara Mattoso, Dra. Ana Cris e a Dra. Luciana Vieira, que ficam no Rio de Janeiro e atendem os clientes médicos do Brasil inteiro, junto com as AEDMs de Manaus, Porto Alegre, Teresinha e Porto Velho.

Assim, juntos com as AEDMs, a Kamaroff e Colaboradores irá trabalhar com o objetivo de criar uma segurança jurídica para que os médicos possam exercitar com tranquilidade todo o conhecimento que é adquirido nos cursos e palestras.

Venha participar deste projeto, venha conhecer o programa de gerenciamento de risco, venha fazer parte deste grupo., a final do desconhecimento é o combustível do medo e a prevenção é a melhor ação!

Atenciosamente,

Dr. Lymark Kamaroff



AEDM
Associação dos Escritórios de Defesa Médica



Pós Graduação em Medicina e Cirurgia Plástica Estética

Público

Graduados em Medicina

Programa

Didática e Pedagogia
Técnica Operatória
Clínica Cirúrgica
Anestesiologia
Medicina Estética
Cirurgia Plástica
Prática em Medicina Estética
Prática em Cirurgia Plástica Estética

Duração

24 Meses (3º ano opcional)

Local

Rio de Janeiro
(Universidade Veiga de Almeida - Unidade Tijuca)

Informações

(21) 2233-4188 / (21) 2233-7981 / sbmcpe.com.br

Coordenação

Prof. M. Sc. Edison Teixeira
Prof. Dr. Eduardo Teixeira

Corpo Docente

Adalberon Magalhães
Adriana Faria
Cláudio Marsilli
Edison Dias Teixeira
Eduardo Considera
Eduardo Costa Teixeira
Felipe Oliveira de Faria
Henrique Pagnocelli Júnior
Luiza Helena Zapi
Márcia da Silveira Charneca Vaz
Maria Estela de Oliveira Cardoso
Paulo César Alves Azizi
Paulo César do Amaral
Rubens Leite Junior

Parceria com a
Universidade Veiga de Almeida

Reconhecido
pelo MEC



Pós Graduação em Estética e Cosmetologia

Público

O público alvo do Curso de Especialização em Estética e Cosmetologia são graduados em Estética, Fisioterapia, Enfermagem, Educação Física, Medicina, Nutrição e Fonoaudiologia com interesse em desenvolver habilidades e se especializar na área.

**Reconhecido
pelo MEC**

Parceria com a
Universidade Veiga de Almeida

Duração

18 Meses

Local

Rio de Janeiro
(Universidade Veiga de Almeida - Unidade Tijuca)

Coordenação

Prof. Me. Cláudia Marsico Teixeira
Prof. Dr. Eduardo Teixeira

Programa

Anatomia, Histologia e
Citologia da Pele
Nutrição
Cosmetologia e Cosmiatria
Noções de Dermatologia em Estética
Eletroterapia
Patologia e Alterações Faciais
Pré e Pós Operatório
Metodologia da Pesquisa e Didática
do Ensino Superior
Prática em Estética Facial
Prática em Estética Corporal

Informações

(21) 2233-4188 / (21) 2233-7981
sbmcpe.com.br

Vantagens de ser membro

Requisitos para ser membro

SBMCPE

- Desconto nos eventos da SBMCPE e afiliados
- Credibilidade e confiança de clientes
- Assessoria jurídica
- Revista da SBMCPE
- Respaldo técnico científico
- Desconto nos cursos de Pós Graduação SBMCPE / UVA
- Descontos em produtos
- Espaço no site da SBMCPE, com telefone para contato, e-mail e site
- Certificado para os membros

- Xerox CRM ou certificado de graduação em medicina

- Ficha de cadastro

- Currículo atualizado*

* sujeito à aprovação da comissão científica da SBMCPE

* documentos comprobatórios podem ser solicitados

- Pagamento de anuidade no valor de R\$ 360,00 (Valores para os anos de 2013 e 2014)

Banco: Bradesco

Ag: 26-4

C/C: 386680-7

CNPJ: 05285875/0001-09

Mantenha-se em dia e desfrute das Vantagens do Membro SBMCPE



www.SBMCPE.com.br

secretaria@sbmcpe.com.br

21-2233-7981 / 21-2233-4188

Rua do Rosário, 61 sala 307 - Centro - Rio de Janeiro, RJ