

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA
RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA PLÁSTICA

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DIRECIONADO AO ATENDIMENTO NO PRÉ E
PÓS-OPERATÓRIO PARA PACIENTES SUBMETIDOS À ABDOMINOPLASTIA

LUANA RENATA VIEGAS JORGE

UBERLÂNDIA
2026

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DIRECIONADO AO ATENDIMENTO NO PRÉ E
PÓS-OPERATÓRIO PARA PACIENTES SUBMETIDOS À ABDOMINOPLASTIA

LUANA RENATA VIEGAS JORGE

Trabalho de Conclusão submetido à
Universidade Federal de Uberlândia
como requisito obrigatório para
conclusão do programa de Residência
Médica em Cirurgia Plástica.

Orientador: Tales Faleiros
Nascimento Junior

UBERLÂNDIA

2026



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Às 18 horas do dia 21 de janeiro de 2026, de forma presencial no endereço: Hospital de Clínicas de Uberlândia - Avenida Pará, 1720 - , reuniu-se em sessão pública, a Banca Examinadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica (TCRM) intitulado como **“ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DIRECIONADO AO ATENDIMENTO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO PARA PACIENTES SUBMETIDOS À ABDOMINOPLASTIA”** de autoria do(a) residente LUANA RENATA VIEGAS JORGE.

A Banca examinadora foi composta por:

- 1) Tales Faleiros Nascimento Junior
- 2) Fernando Alberto Santos
- 3) Ivan Orlando Gonzales Mego

Dando início aos trabalhos, o(a) presidente concedeu a palavra ao(a) residente para exposição de seu trabalho por 25 (vinte e cinco) minutos, mais ou menos 5 (cinco) minutos. A seguir, o(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) residente por, no máximo, 15 minutos cada. Terminada a arguição que se desenvolveu dentro dos termos regulamentares, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final de **9,5 pontos**, considerando o(a) residente **Aprovado(a)**.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista, conforme determina a RESOLUÇÃO CONFAMED Nº 45, DE 16 DE ABRIL DE 2024.

O Certificado de Conclusão de Residência Médica será expedido após o cumprimento dos demais requisitos, conforme a legislação vigente da CNRM e normas da COREME-UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e considerada em conformidade, foi assinada pela Banca Examinadora.

Assinaturas  Documento assinado digitalmente
TALES FALEIROS NASCIMENTO JUNIOR
Data: 28/01/2026 10:53:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

1. _____

 Documento assinado digitalmente
FERNANDO ALBERTO SANTOS
Data: 28/01/2026 15:46:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

2. _____

 Documento assinado digitalmente
IVAN ORLANDO GONZALES MEGO
Data: 29/01/2026 12:42:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

3. _____

RESUMO

Introdução: A abdominoplastia é um dos procedimentos mais realizados na cirurgia estética, indicada para correção de flacidez, excesso de pele e gordura abdominal, além de alterações musculares, promovendo melhora do contorno corporal e da qualidade de vida. A crescente demanda por essa cirurgia, especialmente no Brasil, evidencia sua relevância no cenário estético atual. Apesar de ser considerada segura, o procedimento envolve riscos que exigem cuidados rigorosos no pré e pós-operatório. **Objetivo:** Elaborar um Protocolo Operacional Padronizado (POP) direcionado aos cuidados pré e pós-operatórios em pacientes submetidos à abdominoplastia. **Metodologia:** Trata-se da elaboração de um POP direcionado aos cuidados pré e pós-operatórios em pacientes submetidos à abdominoplastia, considerando adaptação da metodologia pelo MS (Brasil, 2016): identificação do problema clínico, cenário e público-alvo, bem como a seleção de evidências científicas e análise crítica. **Discussão:** A abdominoplastia, embora amplamente realizada, exige cuidados rigorosos para garantir a segurança do paciente, especialmente devido à sua complexidade técnica e risco de complicações. A seleção adequada dos pacientes e o trabalho multiprofissional no perioperatório são fundamentais para resultados satisfatórios. A implementação de protocolos operacionais padrão e protocolos de segurança, como os da OMS, contribui para padronizar as condutas e reduzir riscos. Esses protocolos são essenciais para melhorar os desfechos clínicos e garantir a qualidade da assistência. **Conclusão:** A elaboração do protocolo de abdominoplastia destaca a relevância da padronização das práticas assistenciais no pré e pós-operatório, visando maior segurança do paciente e melhores desfechos cirúrgicos. Ao orientar a atuação multiprofissional com base em evidências, o protocolo contribui para reduzir variabilidades no cuidado e qualificar a assistência. Quando aplicado de forma contínua e atualizado periodicamente, o protocolo fortalece a qualidade do cuidado prestado.

Palavras-chave: Abdominoplastia. Protocolos Clínicos. Assistência Perioperatória.

ABSTRACT

Introduction: Abdominoplasty is one of the most performed procedures in aesthetic surgery and is indicated for the correction of skin laxity, excess skin and abdominal fat, as well as muscular alterations, promoting improvement in body contour and quality of life. The growing demand for this surgery, especially in Brazil, highlights its relevance in the current aesthetic scenario. Although considered safe, the procedure involves risks that require rigorous preoperative and postoperative care. **Objective:** To develop a Standard Operating Procedure (SOP) aimed at preoperative and postoperative care for patients undergoing abdominoplasty. **Methodology:** This study consists of the development of an SOP aimed at preoperative and postoperative care for patients undergoing abdominoplasty, considering an adaptation of the methodology proposed by the Ministry of Health (Brazil, 2016): identification of the clinical problem, definition of the setting and target population, as well as the selection of scientific evidence and critical analysis. **Discussion:** Although widely performed, abdominoplasty requires rigorous care to ensure patient safety, especially due to its technical complexity and risk of complications. Appropriate patient selection and multiprofessional teamwork in the perioperative period are essential for satisfactory outcomes. The implementation of standard operating procedures and safety protocols, such as those proposed by the World Health Organization (WHO), contributes to standardizing practices and reducing risks. These protocols are essential to improve clinical outcomes and ensure the quality of care. **Conclusion:** The development of an abdominoplasty protocol highlights the relevance of standardizing care practices in preoperative and postoperative periods, aiming to enhance patient safety and achieve better surgical outcomes. By guiding multiprofessional practice based on evidence, the protocol contributes to reducing variability in care and improving the quality of assistance. When applied continuously and periodically updated, the protocol strengthens the quality of care provided.

Keywords: Abdominoplasty. Clinical Protocols. Perioperative Care.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Fases do processo de cicatrização tecidual, com suas principais características e eventos fisiológicos.	17
Quadro 2. Classificação das evidências científicas, de forma hierárquica, conforme tipo de abordagem metodológica.....	21
Quadro 3. Avaliação pré-operatória do paciente com indicação de abdominoplastia.....	24
Quadro 4. Avaliação laboratorial do paciente com indicação de abdominoplastia.....	26
Quadro 5. Lista de medicações que devem ser suspensas no pré-operatório de abdominoplastia.....	28
Quadro 6. Tempo de jejum no pré-operatório de abdominoplastia.	28
Quadro 7. Monitorização dos sinais vitais no pós-operatório de abdominoplastia.	29
Quadro 8. Avaliação e manejo da dor no pós-operatório de abdominoplastia.....	30
Quadro 9. Monitoramento dos drenos cirúrgicos pós-operatório de abdominoplastia.....	31
Quadro 10. Profilaxia da trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar no pré e pós-operatório de abdominoplastia.....	33
Quadro 11. Protocolo de Acompanhamento no Pós-Cirúrgico Precoce de Abdominoplastia.....	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Posição de Fowler.	32
-----------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS	Ácido Acetil Salicílico
ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
HbA1c	Hemoglobina Glicada
IMC	Índice de Massa Corporal
ISAPS	<i>International Society of Aesthetic Plastic Surgery</i>
ISC	Infecção do Sítio Cirúrgico
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
POP	Protocolos Operacionais Padrão
TCLE	Termo de Consentimento Esclarecido
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TEV	Tromboembolismo Venoso
TVP	Trombose Venosa Profunda

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS.....	11
2.1. OBJETIVO GERAL.....	11
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	12
3.1. Abdominoplastia.....	12
3.1.1. Conceito e Indicações.....	12
3.1.2. Técnicas Cirúrgicas	14
3.1.3. Possíveis Complicações.....	15
3.2. Cuidados Perioperatórios em Abdominoplastia	16
3.2.1. Cuidados Pré-operatórios	16
3.2.2. Cuidados Pós-operatórios	16
3.3. Protocolos Operacionais Padrão na Assistência Cirúrgica.....	18
4. METODOLOGIA	20
4.1. Desenho do estudo.....	20
4.2. Definição do problema clínico	20
4.3. Pergunta norteadora.....	20
4.4. Cenário de intervenção e público-alvo	20
4.5. Seleção de evidências científicas.....	21
4.6. Elaboração do protocolo	22
4.7. Aspectos éticos	22
5. RESULTADOS.....	22
5.1. Finalidade do protocolo	22
5.2. Justificativa.....	23
5.3. Abrangência.....	23
5.4. Etapas pré-operatórias	23
5.4.1. Avaliação pré-operatória detalhada	24
5.4.2. Exames laboratoriais.....	26
5.4.3. Objetivos do Procedimento	26
5.5. Termo de Consentimento Esclarecido	27
5.6. Orientações no pré-operatório imediato	27
5.6.1. Uso de medicamentos	27

5.6.2.	Tempo de Jejum.....	28
5.6.3.	Outras orientações pré-operatórias	29
5.7.	Atendimento pós-operatório	29
5.7.1.	Pós-operatório Imediato	29
5.8.	Alta Hospitalar.....	32
5.8.1.	Profilaxia farmacológica da trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP)	33
5.9.	Pós-operatório precoce	34
5.9.1.	Primeiro retorno ambulatorial	34
5.9.2.	Segundo retorno ambulatorial	34
5.9.3.	Terceiro retorno ambulatorial.....	35
6.	DISCUSSÃO.....	36
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICES	42
	APÊNDICE A – Protocolo de Atendimento Cirúrgico de Abominopectomia.....	42
	ANEXOS.....	50
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	50

1. INTRODUÇÃO

A abdominoplastia é um dos procedimentos mais realizados na área de cirurgia estética e reparadora, sendo destinado à remoção do excesso de pele e gordura da região abdominal, além do reforço da musculatura da parede abdominal. Sua finalidade é promover um contorno estético mais harmonioso, podendo incluir tanto técnicas de excisão direta quanto o uso complementar de lipoaspiração (Hafezi; Nouhi; 2006).

Entre os diversos tipos de intervenções cirúrgicas na área estética, a abdominoplastia destaca-se como uma das principais opções para pacientes com gordura localizada, flacidez resultante de grande perda de peso ou gestações múltiplas (abdômen em avental), flacidez aponeurótica, diástase dos músculos abdominais, abaulamentos ou hérnias (Da Silva et al., 2012).

O procedimento também pode contribuir para corrigir possíveis impactos psicológicos decorrentes de alterações corporais, promovendo melhoria na qualidade de vida dos pacientes. Nas últimas décadas, com o avanço das redes sociais e a crescente exposição da imagem corporal, observou-se um aumento significativo na procura por procedimentos estéticos (Fagundes et al., 2023).

Em 2024, o Brasil registrou 2.354.513 procedimentos cirúrgicos, mantendo-se como o país com o maior número absoluto de cirurgias plásticas no mundo. A abdominoplastia se mantém como uma das cirurgias plásticas mais frequentes, com 192.961 cirurgias realizadas, representando 8,6% de todas as cirurgias plásticas realizadas no país em 2024, ou seja, quase uma em cada dez cirurgias estéticas foi uma abdominoplastia. No contexto global, a abdominoplastia ocupou a 5ª posição entre os procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo, com 1.036.236 intervenções (ISAPS, 2024).

Apesar de um procedimento seguro, há algumas complicações envolvidas, como o aparecimento de seromas e hematomas, entre outros. A maioria das complicações pode ser evitada por meio de uma adequada indicação cirúrgica e pelo rigoroso cumprimento dos princípios técnicos que orientam o procedimento, aliados aos cuidados específicos adotados no pré, intra e pós-operatório. Essas precauções devem ser observadas tanto pelo cirurgião quanto pela equipe multidisciplinar que acompanha o paciente (Ebaugh et al., 2004).

Considerando a complexidade da assistência nos procedimentos cirúrgicos estéticos, é indispensável definir padrões de cuidado para melhorar a qualidade do serviço prestado, como a como a utilização de Protocolos Operacionais Padrão (POP's), que contribui para maior satisfação da equipe e do paciente, aumenta a segurança na execução dos procedimentos e na assistência prestada, reduzindo variações indesejáveis na qualidade do cuidado e permitindo implementar ações pautadas em uma abordagem integral do paciente (Sales et al., 2018).

Diante da alta demanda por abdominoplastias, de sua complexidade técnica e da necessidade de uma assistência segura e padronizada, evidencia-se a importância de protocolos que orientem a prática profissional de forma clara e sistematizada. Nesse contexto, a elaboração de um POP para o atendimento pré e pós-operatório de pacientes submetidos à abdominoplastia torna-se essencial para unificar condutas, reduzir riscos, qualificar o cuidado e promover maior segurança tanto para o paciente quanto para a equipe envolvida.

2. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GERAL

Elaborar um Protocolo Operacional Padronizado (POP) direcionado aos cuidados pré e pós-operatórios em pacientes submetidos à abdominoplastia.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as etapas essenciais do cuidado pré e pós-operatório relacionadas à abdominoplastia, com base na literatura científica e em diretrizes atualizadas.
- Estabelecer orientações padronizadas para o manejo clínico e assistencial em cada fase do atendimento.
- Desenvolver um POP claro, objetivo e aplicável à prática assistencial, visando melhorar a segurança do paciente e reduzir variações indesejáveis na qualidade do cuidado.
- Contribuir para a qualificação da assistência prestada, facilitando a tomada de decisão da equipe multiprofissional.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Abdominoplastia

3.1.1. Conceito e Indicações

A abdominoplastia, também chamada de “cirurgia plástica do abdômen”, é um procedimento destinado à remoção do excesso de pele e gordura da região abdominal, além de promover o fortalecimento da musculatura da parede abdominal. Tornou-se uma técnica amplamente utilizada, especialmente para pacientes que apresentam excesso de tecido após grande perda de peso ou como intervenção complementar para aprimorar o contorno corporal (Hafezi; Nouhi; 2006).

De acordo com o relatório *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS) 2024, foram realizadas 1.036.236 abdominoplastias em todo o mundo naquele ano, representando 6,0% de todas as cirurgias plásticas cirúrgicas executadas globalmente. A abdominoplastia permanece entre as mais realizadas mundialmente, consolidando-se como opção frequente dentro das cirurgias de contorno corporal. Esse volume confirma a relevância da abdominoplastia no contexto da cirurgia estética global e evidencia sua demanda contínua, sobretudo em populações que buscam correções após mudanças corporais significativas (ISAPS, 2024).

O crescimento contínuo das taxas de abdominoplastia resulta de uma combinação de fatores, como o aumento dos casos de perda de peso após cirurgias bariátricas, a popularização de medicamentos à base de GLP-1 que promovem emagrecimento sem intervenção cirúrgica e a maior exposição midiática que tem contribuído para reduzir o estigma em torno da cirurgia plástica. Além disso, a possibilidade de realizar o procedimento em ambiente ambulatorial, muitas vezes associado a outras intervenções estéticas, têm impulsionado ainda mais sua demanda (Stein, 2024).

Esse procedimento tem como finalidade proporcionar um abdômen com contorno esteticamente mais harmonioso, podendo envolver tanto técnicas de excisão direta quanto a associação com lipoaspiração (Ramirez et al., 2021). É comumente solicitado por diversos motivos, e incluem homens e mulheres que buscam aprimorar a aparência do abdômen; mulheres que apresentam acentuada flacidez da pele e da musculatura abdominal após múltiplas gestações; e pacientes pós-bariátricos que passam a ter excesso de pele e/ou pannus após uma perda de peso substancial (Hunecke et al., 2019).

A seleção adequada dos pacientes é um passo essencial para garantir resultados satisfatórios em abdominoplastias. Para isso, a obtenção de um histórico clínico completo é indispensável, considerando que a cicatrização adequada depende diretamente do estado nutricional e das condições gerais de saúde. Pacientes com doenças crônicas, como *diabetes mellitus*, apresentam maior risco de complicações, enquanto indivíduos com menor índice de massa corporal (IMC) tendem a ter desfechos mais favoráveis. A avaliação criteriosa desses fatores contribui para definir o procedimento mais seguro e eficaz para cada perfil (Hunecke et al., 2019; Fran et al., 2019).

Pacientes pós-bariátricos representam um grupo que exige atenção especial do cirurgião plástico. A perda ponderal acentuada frequentemente resulta em grande excesso de pele e, em alguns casos, em um avental cutâneo volumoso que demanda dissecação ampliada. Além disso, pode haver necessidade de procedimentos complementares, como lifting de coxas, braços, costas ou flancos, para restauração da harmonia corporal. Esses casos reforçam a importância de um planejamento cirúrgico abrangente, respeitando as particularidades anatômicas e funcionais de cada indivíduo (Hunecke et al., 2019; Fran et al., 2019).

A escolha da técnica ideal também depende do grau de flacidez e do volume de gordura abdominal. Pacientes sem flacidez relevante e com pequena quantidade de tecido adiposo são melhores candidatos à lipoaspiração isolada. Aqueles com flacidez ou excesso de pele restrito à região infraumbilical podem se beneficiar da miniabdominoplastia, que é menos invasiva. Já indivíduos com grande flacidez cutânea, acúmulo significativo de gordura e fraqueza da parede abdominal encontram na abdominoplastia completa a abordagem mais adequada. Dessa forma, a avaliação individualizada orienta a técnica mais apropriada, garantindo segurança e resultados estéticos otimizados (Hunecke et al., 2019; Fran et al., 2019).

Em relação às contraindicações da cirurgia, destacam-se pacientes com condições de saúde fragilizadas, como doença cardiopulmonar avançada, cirrose hepática ou diabetes não controlada, que apresentam alto risco de complicações. O tabagismo também representa um fator crítico, pois compromete significativamente a microcirculação e prejudica o suprimento sanguíneo necessário para a cicatrização. Por esse motivo, muitos cirurgiões plásticos estabelecem o hábito tabágico ativo como uma contraindicação formal ao procedimento, exigindo a suspensão do cigarro por um período prévio mínimo antes da intervenção (Gupta et al., 2016).

3.1.2. Técnicas Cirúrgicas

Os princípios técnicos que fundamentam a abdominoplastia moderna envolvem, principalmente, a dissecação limitada do retalho abdominal, a plicatura da fáscia dos músculos reto-abdominais e a ressecção tridimensional de pele e tecido subcutâneo até a fáscia de Scarpa (Fagundes et al., 2023).

Atualmente, diversas técnicas cirúrgicas são utilizadas, e a escolha do método deve considerar a segurança, a anatomia e as necessidades específicas de cada paciente. Entre as principais modalidades encontram-se: lipoaspiração, miniabdominoplastia, variações de abdominoplastia e lipoabdominoplastia.

A miniabdominoplastia, também conhecida como abdominoplastia não convencional, é indicada para pacientes com pequeno volume adiposo no abdômen inferior e umbigo alto, sendo eficaz na redução moderada de pele. Esse procedimento é limitado à ressecção dérmica suprapúbica, plicatura da fáscia infraumbilical na linha média e lipectomia local por lipoaspiração. Nesse tipo de técnica é possível a redução da circunferência abdominal e a suavização das fossas ilíacas através da plicatura dos músculos oblíquos, deixando a cicatriz umbilical intacta (Villegas et al., 2022; Fagundes, et al., 2023).

A técnica padrão, conhecida como abdominoplastia clássica, ou dermolipectomia transversal, consiste em uma incisão extensa ao longo da linha pubiana, com variações laterais paralelas à região inguinal. Após o descolamento supra-aponeurótico até a altura do umbigo, realiza-se a incisão circunferencial ao seu redor, preservando sua inserção original. O retalho é deslocado até a margem do costal, seguido da tração e excisão do excesso de pele e panículo adiposo. O umbigo é exteriorizado por um novo orifício criado no retalho e suturado em sua nova posição. Essa técnica é indicada para pacientes com grande quantidade de pele e gordura abdominal, especialmente mulheres multíparas acima de 45 anos e indivíduos pós-bariátricos (Fagundes, et al., 2023).

A abdominoplastia com reposicionamento umbilical consiste na desinserção do umbigo de sua base na linha alba e na sua reinserção alguns centímetros abaixo da posição original. Essa técnica representa uma variação da dermolipectomia transversa descrita por Pitanguy e é frequentemente associada à lipoaspiração transoperatória da parede abdominal lateral, anterior e região lombar (Villegas et al., 2022).

Já a abdominoplastia com cicatriz vertical remanescente é indicada quando não há pele suficiente para permitir a tração caudal adequada do retalho descolado, impossibilitando a

remoção do local original da cicatriz umbilical sem gerar tensão excessiva. Nesses casos, torna-se necessária uma incisão vertical na linha média, que permanecerá como cicatriz residual e, em algumas situações, pode se estender até a cicatriz horizontal inferior, configurando o formato de “T” invertido. Em pacientes pós-bariátricos, ou na presença de hérnias complexas, a incisão vertical pode precisar ser ampliada para garantir correção anatômica adequada e melhores resultados estéticos e funcionais (Villegas et al., 2022).

A lipoabdominoplastia, atualmente a técnica mais realizada no Brasil e a terceira cirurgia mais realizada em todo o mundo, combina os princípios da abdominoplastia clássica com lipoaspiração ampla de todo o retalho abdominal. Sua abordagem visa preservar a circulação linfática e os vasos perfurantes, além de manter estruturas conectivas fundamentais, permitindo maior segurança, melhor contorno corporal e redução do coxim adiposo abdominal. Esta técnica representou um marco na evolução do procedimento por reduzir complicações e proporcionar resultados mais naturais (Fagundes, et al., 2023).

3.1.3. Possíveis Complicações

Embora as técnicas de abdominoplastia sejam consideradas seguras, nenhum procedimento cirúrgico está totalmente isento de complicações. A literatura destaca a ocorrência de eventos adversos locais. As intercorrências podem ser classificadas conforme o período em que surgem, imediatas, precoces ou tardias, e também de acordo com sua natureza, sendo divididas em complicações locais ou sistêmicas (Gemperli; Mendes, 2019).

Entre as complicações imediatas, destacam-se embolia pulmonar, embolia gordurosa e a trombose venosa profunda, todas potencialmente graves e que exigem intervenção rápida.

As complicações precoces são as mais frequentes, sendo o seroma a principal delas, com incidência de até 15% dos casos. Há evidências de que a lipoaspiração associada pode aumentar esse risco. A infecção é a segunda complicação precoce mais comum, ocorrendo com maior frequência em pacientes imunossuprimidos, desnutridos ou diabéticos (Hunecke et al., 2019). Também podem ocorrer deiscência da sutura, que favorece processos infecciosos e retarda a cicatrização, além de hematomas e necroses, igualmente classificadas como complicações precoces (Gemperli; Mendes, 2019).

Em relação às complicações tardias, incluem-se assimetria abdominal, recorrência da diástase e hipertrofia cicatricial, que podem comprometer o resultado estético final e demandar novas intervenções (Gemperli; Mendes, 2019).

Observa-se ainda que fatores como tabagismo, idade avançada, índice de massa corporal elevado e a quantidade de tecido removido durante o procedimento aumentam significativamente o risco de complicações cirúrgicas (Fagundes, et al., 2023).

3.2.Cuidados Perioperatórios em Abdominoplastia

3.2.1. Cuidados Pré-operatórios

O aumento progressivo da demanda por cirurgias plásticas intensificou a preocupação com todas as etapas do cuidado pré, intra e pós-operatório. Nesse contexto, desenvolveu-se um novo conceito de atendimento ao paciente, reconhecendo que o resultado de uma cirurgia plástica não depende apenas do planejamento técnico e da experiência do cirurgião, mas também dos cuidados integrados oferecidos ao longo de todo o processo. Assim, profissionais de diferentes áreas desempenham um papel essencial para garantir maior segurança, recuperação adequada e melhores resultados estéticos e funcionais (Santos et al., 2020).

Na etapa pré-operatória, os principais objetivos e cuidados visam formular um plano cirúrgico personalizado de acordo com o perfil do paciente, bem como garantir que a área a ser tratada e os tecidos adjacentes estejam em condições ideais para a cirurgia de forma segura. As intervenções dessa etapa devem promover a manutenção das funções fisiológicas, otimizar a qualidade dos tecidos, melhorar a hidratação cutânea, favorecer a drenagem e contribuir para a redução da tensão e para o aumento da circulação local, preparando o organismo para um melhor resultado cirúrgico (Ferraz, 2025).

Durante o preparo pré-operatório, são solicitados exames básicos como hemograma completo, coagulograma, glicemia, ureia, creatinina e eletrocardiograma. Além disso, deve-se suspender o uso de medicamentos que possam interferir na cirurgia ou na cicatrização, incluindo anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anti-inflamatórios não esteroides, antidepressivos, hipoglicemiantes orais, ganglioplégicos e fórmulas para emagrecimento. Além disso, pacientes fumantes devem interromper o tabagismo por, no mínimo, quatro semanas antes e após o procedimento, devido ao impacto significativo do cigarro na vascularização e na cicatrização (Fagundes, et al., 2023).

3.2.2. Cuidados Pós-operatórios

O período pós-operatório demanda monitorização rigorosa dos sinais inflamatórios, do controle da dor e da possível ocorrência de complicações. Intervenções como o uso de cintas

compressivas, a drenagem linfática manual supervisionada e a analgesia multimodal têm respaldo consistente na literatura e demonstram eficácia na redução do edema, no alívio da dor e na melhora da recuperação funcional (Ferraz, 2025).

Entende-se como pós-operatório imediato, o período entre 12 e 24 horas após a saída do paciente do centro cirúrgico (Dias et al., 2008). Trata-se de uma fase crucial no processo de recuperação, pois diversos objetivos terapêuticos são priorizados, como otimizar a oxigenação e a circulação, melhorar o tônus muscular, favorecer a hidratação e nutrição da pele, reduzir alterações pigmentares decorrentes da inflamação, acelerar a cicatrização e auxiliar no controle da dor (Cunha et al., 2022).

Nessa fase, é fundamental que o profissional identifique corretamente em qual fase da cicatrização o paciente se encontra (Carlos et al., 2007). O processo cicatricial é dividido em três fases principais: inflamatória, proliferativa e de remodelação, conforme descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Fases do processo de cicatrização tecidual, com suas principais características e eventos fisiológicos.

Fase	Período	Processos fisiológicos	Características clínicas
Fase 1 - Inflamatória	Imediata até 48– 72 horas	• Vasoconstrição inicial; • Liberação de prostaglandinas e tromboxano A₂; • Ativação da cascata de coagulação; • Migração de neutrófilos e macrófagos.	• Edema leve a moderado; • Rubor e calor local; • Dor e hipersensibilidade; • Formação inicial do coágulo.
Fase 2 - Proliferativa	3º ao 14º dia	• Epitelização; • Angiogênese (formação de novos capilares); • Formação do tecido de granulação; • Síntese de colágeno pelos fibroblastos.	• Diminuição da dor • Início da contração da ferida; • Presença de tecido vermelho granular; • Redução progressiva do edema.
Fase 3 - Remodelação	3 semanas até 1–2 anos	• Remodelação do colágeno (substituição de colágeno tipo III por tipo I); • Aumento da força tensil da cicatriz; • Organização das fibras colágenas.	• Cicatriz mais firme e fina; • Redução da coloração avermelhada; • Maior resistência tecidual ao longo dos meses.

Fonte: Adaptado de Carlos et. al., 2017.

Para auxiliar no processo de cicatrização pós-cirúrgica, diversos recursos estéticos podem ser utilizados. Entre eles, destacam-se as modalidades de eletroterapia, como a fototerapia por LED e o ultrassom; os recursos manuais, como a drenagem linfática manual e a liberação miofascial.

Outros importantes recursos terapêuticos são o uso de cintas de compressão, que são comumente recomendadas pelos cirurgiões plásticos, sendo aconselhado o uso por um período de 4 a 6 semanas. Esse recurso auxilia a reduzir as ocorrências de seromas, diminuir o deslocamento do tecido lesionado, amenizar a flacidez, evitar a fibrose e proporcionar alívio de dores, além de melhorar a postura (Zimmermann, 2018).

A utilização de bandagens elásticas, conhecidas como *taping*, também são recomendadas. Esta, por sua vez, tem como objetivos comuns prevenir e tratar o edema, a equimose, a fibrose e as alterações cicatriciais decorrentes da cirurgia. Apesar das bandagens estimularem a recuperação mais rápida nesses pacientes, ainda se trata de uma nova técnica, com poucos estudos científicos que comprovem seu efeito terapêutico (Nunes et al., 2021).

Os cuidados estéticos realizados no pré e no pós-operatório têm como objetivo prevenir sequelas indesejáveis decorrentes do procedimento cirúrgico, tais como alterações transitórias de sensibilidade, mudanças de pigmentação, edemas, fibroses, entre outras manifestações. Além disso, estudos destacam a importância da educação em saúde e do acompanhamento multiprofissional, medidas que contribuem significativamente para diminuir a incidência de seromas, infecções e eventos tromboembólicos (Ferraz, 2025).

3.3. Protocolos Operacionais Padrão na Assistência Cirúrgica

O centro cirúrgico é um ambiente de alta criticidade, em que a segurança do paciente depende de uma integração entre os diversos profissionais da saúde. O trabalho multiprofissional envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais é essencial para garantir o sucesso das intervenções, bem como a redução de riscos associados ao ato cirúrgico. Nesse contexto, a atuação coordenada e colaborativa entre diferentes áreas do conhecimento promove um cuidado ao paciente mais seguro, eficiente e humanizado, especialmente em contextos que demandam precisão técnica, agilidade e comunicação assertiva.

A rotina do centro cirúrgico apresenta desafios significativos, como falhas de comunicação, ausência de protocolos bem definidos, resistência à cultura de segurança e sobrecarga das equipes assistenciais. Esses fatores aumentam o risco de eventos adversos, incluindo erros relacionados a materiais cirúrgicos, infecções do sítio operatório e complicações anestésicas (Ribeiro et al., 2024).

A organização operacional do centro cirúrgico e o controle rigoroso dos processos assistenciais assumem papel fundamental na promoção da segurança do paciente. A padronização de protocolos, a rastreabilidade dos materiais utilizados e o gerenciamento eficiente da cadeia de suprimentos são práticas essenciais para reduzir riscos e elevar a qualidade do cuidado. A ausência desses mecanismos pode gerar falhas sistêmicas, aumentando a exposição do paciente a danos evitáveis e comprometendo diretamente os resultados cirúrgicos (Ribeiro et al., 2024).

Estabelecer medidas eficazes para reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica é essencial para elevar a segurança na realização dos procedimentos. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o “Protocolo para Cirurgia Segura” por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que contribui para assegurar que cada intervenção seja realizada no local correto, no paciente correto e sob condições adequadas, fortalecendo a prevenção de falhas e a qualidade assistencial (Costa et al., 2025).

Além da adoção da Lista de Verificação de Cirurgia Segura da OMS, a implementação de protocolos complementares é igualmente fundamental para fortalecer a segurança do paciente no perioperatório. Entre eles destaca-se o Protocolo de Prevenção da Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC), que orienta práticas baseadas em evidências, como o uso adequado de antimicrobianos profiláticos, o controle glicêmico rigoroso, a manutenção da normotermia durante o ato operatório e técnicas apropriadas de preparo da pele. Tais medidas, quando aplicadas de forma integrada aos demais protocolos institucionais, contribuem para reduzir complicações, padronizar condutas e promover maior qualidade assistencial (Costa et al., 2025).

Nesse contexto, a adoção de protocolos institucionais personalizados às características e demandas de cada tipo de cirurgia é fortemente recomendada como estratégia complementar para sistematizar cuidados e reduzir riscos. Esses protocolos devem incluir diretrizes claras para prevenção de infecções do sítio cirúrgico, padronização da administração de antimicrobianos

profiláticos, organização eficiente do fluxo de materiais esterilizados e procedimentos rigorosos para a contagem de instrumentais. Além disso, deve-se fortalecer as práticas multiprofissionais que representam um componente central na prevenção de incidentes e na promoção da segurança do paciente no ambiente cirúrgico (Gutierrez et al., 2018).

4. METODOLOGIA

4.1.Desenho do estudo

Trata-se da elaboração de um Protocolo Operacional Padronizado (POP) direcionado aos cuidados pré e pós-operatórios de pacientes submetidos à abdominoplastia. A elaboração segue a metodologia adaptada das diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2016), contemplando as etapas fundamentais para construção, organização e validação de protocolos clínico-assistenciais.

4.2.Definição do problema clínico

A abdominoplastia, apesar de ser um procedimento amplamente realizado e considerado seguro, está associada a um número significativo de complicações quando não há padronização adequada dos cuidados pré, trans e pós-operatórios. Diante disso, torna-se necessário estabelecer um Protocolo Operacional Padronizado (POP) que sistematize os cuidados pré e pós-operatórios na abdominoplastia, garantindo mais segurança, qualidade assistencial e previsibilidade dos resultados.

4.3.Pergunta norteadora

Como a elaboração de um Protocolo Operacional Padronizado (POP) pode contribuir para a padronização das condutas e para a redução de complicações nos cuidados pré e pós-operatórios de pacientes submetidos à abdominoplastia?

4.4.Cenário de intervenção e público-alvo

A intervenção proposta se aplica aos hospitais e consultórios, centro cirúrgico e unidades de recuperação pós-anestésica ou de acompanhamento pós-cirúrgico, voltando-se ao atendimento de pacientes submetidos à abdominoplastia.

4.5. Seleção de evidências científicas

Os artigos utilizados para integração de dados que estruturam o protocolo, bem como a discussão dos dados, foram selecionados através de uma revisão de literatura do tipo integrativa, considerando estudos e protocolos já existentes selecionados a partir das bases de dados primária do Pubmed/MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google Acadêmico.

Para essa finalidade, foram considerados os seguintes descritores MeSH e operadores booleanos: “abdominoplastia” OR “abdominoplasty” AND “clinical protocols” OR “protocolos clínicos” AND “assistência perioperatória” OR “perioperative care”.

Os seguintes critérios de elegibilidade foram levados em conta para seleção dos artigos: 1) artigos publicados nos últimos 10 anos (outubro de 2015 - novembro de 2025); 2) artigos publicados em português, inglês ou espanhol; 3) disponíveis na íntegra.

Foram excluídos os estudos classificados como: 1) revisões bibliográficas, revisões de literatura do tipo narrativa, monografias, relatos de caso e artigos de opinião.

4.5.1. Síntese de evidências

Inicialmente os estudos foram selecionados a partir dos descritores em saúde definidos e posterior período cronológico supracitado. Em seguida foram triados pela leitura dos títulos e seus respectivos resumos. Por fim, os artigos foram lidos na íntegra, a fim de analisar se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão pré-determinados e se respondiam à pergunta norteadora do presente estudo.

4.5.2. Análise crítica, nível de evidência e grau de recomendação

A análise crítica para avaliar a validade, rigor metodológico e aplicabilidade na prática dos artigos relacionados, foi realizada através da Prática Baseada em Evidências (Melnik; Fineout-Overholt, 2011), que classifica as evidências de forma hierárquica, dependendo da abordagem metodológica adotada (Quadro 2).

Quadro 2. Classificação das evidências científicas, de forma hierárquica, conforme tipo de abordagem metodológica.

Classificação da evidência	Tipo de abordagem metodológica adotada
----------------------------	--

Nível 1	Evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados.
Nível 2	Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental.
Nível 3	Evidências de estudos quase-experimentais.
Nível 4	Evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa.

4.6.Elaboração do protocolo

O protocolo foi estruturado de acordo com as seguintes etapas: finalidade do protocolo, justificativa, abrangência, etapas pré-operatórias e etapas pós-operatórias.

4.7.Aspectos éticos

O padrão assistencial desenvolvido deverá respeitar os princípios da bioética, garantindo a autonomia do paciente (ou familiar responsável), beneficência, não maleficência e justiça. Dessa forma, esse roteiro de manejo será aplicado conforme a legislação e os critérios de ética médica vigentes.

5. RESULTADOS

5.1. Finalidade do protocolo

A finalidade deste Protocolo Operacional Padronizado (POP) é estabelecer diretrizes unificadas, sistemáticas e baseadas em evidências para orientar os cuidados pré-operatórios e pós-operatórios de pacientes submetidos à abdominoplastia. A construção deste documento visa assegurar que todas as etapas do processo assistencial sejam executadas com alto padrão técnico, reduzindo variabilidades na prática clínica, promovendo a segurança do paciente e potencializando os resultados estéticos e funcionais da cirurgia.

O protocolo também busca fortalecer a integração multiprofissional, garantindo que cirurgiões, enfermeiros, anestesiológicos, fisioterapeutas e demais profissionais atuem de forma coordenada e complementar. Ao padronizar condutas e fluxos assistenciais, o POP contribui para minimizar riscos e complicações, além de favorecer a identificação precoce de sinais de alerta e a tomada de decisões clínicas mais assertivas.

5.2. Justificativa

A abdominoplastia é uma das cirurgias plásticas mais realizadas no Brasil e no mundo, sendo amplamente procurada por pacientes que desejam melhorar o contorno corporal e a qualidade de vida (ISAPS, 2024). Esse procedimento envolve riscos consideráveis, especialmente quando os cuidados perioperatórios não são conduzidos de forma padronizada e baseada em evidências. Complicações como seromas, infecções, deiscência de sutura, necrose tecidual, hematomas, tromboembolismo e alterações estéticas são frequentemente relatadas na literatura e, em grande parte, podem ser prevenidas com condutas estruturadas e bem definidas (Gemperli; Mendes, 2019).

No entanto, ainda se observa grande heterogeneidade nas práticas assistenciais adotadas por profissionais e instituições, o que compromete a segurança do paciente e os resultados cirúrgicos. A ausência de protocolos claros dificulta a comunicação entre equipes multidisciplinares, favorece erros operacionais e reduz a efetividade das intervenções pré e pós-operatórias (Ribeiro et al., 2024). Dessa forma, torna-se essencial desenvolver um Protocolo Operacional Padronizado (POP) específico para a abdominoplastia, que organize e oriente o processo de cuidado de forma sistematizada, prática e acessível.

5.3. Abrangência

O POP para cuidados pré pós-operatórios da abdominoplastia deve ser aplicado em todos os ambientes assistenciais envolvidos no preparo, execução e recuperação do paciente submetido ao procedimento. Entre os principais cenários de aplicação, destacam-se:

1. Consultórios e ambulatórios de avaliação pré e pós-operatória;
2. Sala de recuperação pós-anestesia;
3. Enfermaria.

5.4. Etapas pré-operatórias

O POP para cuidados pré pós-operatórios da abdominoplastia deve ser aplicado em todos os ambientes assistenciais envolvidos no preparo, execução e recuperação do paciente submetido ao procedimento. Entre os principais cenários de aplicação, destacam-se:

4. Consultórios e ambulatórios de avaliação pré e pós-operatória;
5. Centro cirúrgico;
6. Sala de recuperação pós-anestesia;

7. Enfermaria.

5.4.1. Avaliação pré-operatória detalhada

Uma avaliação pré-operatória minuciosa é essencial para identificar fatores de risco modificáveis que possam elevar a probabilidade de complicações, assim como possíveis contraindicações ao procedimento (Quadro 3). Geralmente, contraindicações importantes são a presença de doenças cardiopulmonares de maior gravidade, hábito tabágico ativo, possibilidade de gravidez no curto prazo e condições psiquiátricas não controladas, como transtorno dismórfico corporal ou transtorno de personalidade borderline. Ainda, pacientes com IMC inferior a 30 kg/m² são os melhores candidatos para a realização desse procedimento (Stein et al., 2024).

Quadro 3. Avaliação pré-operatória do paciente com indicação de abdominoplastia.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO CIRÚRGICO DE ABDOMINOPLASTIA		
Avaliação Pré-Operatória		
História Clínica		
Estilo de Vida		
Etilismo	☐ Sim Quantidade de cigarros/dia _____ ☐ Sim, mas parei há (tempo)	☐ Não
Tabagismo	☐ Sim ☐ Sim, mas parei há (tempo)	☐ Não
Prática de atividade física	☐ Sim Tipo: _____ Vezes/semana: _____	☐ Não
Patologias existentes		
Diabetes Mellitus	☐ Sim	☐ Não
Asma, Bronquite, Tosse Crônica	☐ Sim Intensidade: _____	☐ Não
H.A.S.	☐ Sim	☐ Não
Varizes	☐ Sim	☐ Não
Doenças Pulmonares	☐ Sim Qual(is): _____	☐ Não
Doenças Pulmonares	☐ Sim Qual(is): _____	☐ Não
Coagulopatias	☐ Sim	☐ Não
Doenças na tireoide	☐ Sim	☐ Não
Alterações psiquiátricas	☐ Sim Qual(is): _____	☐ Não

Hepatite	☐ Sim	☐ Não
H.I.V. Positivo	☐ Sim	☐ Não
Infecções urinárias	☐ Sim	☐ Não
Nefro, nefro ou osteopatias	☐ Sim	☐ Não
Outras doenças	☐ Sim Qual(is): _____	☐ Não
Alergias Medicamentosas		
☐ Sim Qual(is): _____		☐ Não
Está em uso de algum medicamento? Se sim, especificar abaixo o medicamento e a dosagem utilizada diariamente.	☐ Sim	☐ Não
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
História Obstétrica e Cirúrgica		
Há possibilidade de estar grávida?	☐ Sim	☐ Não
Faz uso de anticoncepcional?	☐ Sim Qual: _____	☐ Não
Gestação anterior:	☐ Sim Quantas: _____ Tipo(s) de parto: _____ _____	☐ Não
Realizou algum tipo de cirurgia anteriormente?	☐ Sim Qual(is)/Quando: _____ _____ _____	☐ Não
Exame físico		
Peso:	Altura:	IMC:
Indicação cirúrgica		
☐ Abdome em avental	☐ Abdome clássico ou em âncora	☐ Hérnias Abdominais visíveis
☐ Cicatrizes de cirurgias prévias	☐ Excesso de pele no pós-cirúrgico de cirurgia bariátrica	
Observações específicas: _____ _____ _____ _____		

5.4.2. Exames laboratoriais

Além disso, diversos fatores de risco passíveis de otimização, como IMC elevado, níveis inadequados de hemoglobina glicada (HbA1c), déficits nutricionais e colonização por MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina), devem ser rigorosamente avaliados e corrigidos antes da realização da abdominoplastia, a fim de reduzir complicações e melhorar os resultados cirúrgicos (Quadro 4) (Stein et al., 2024). Se os resultados dos exames estiverem dentro da normalidade, a cirurgia deve ser agendada junto com o preenchimento do termo de consentimento esclarecido (TCE).

Quadro 4. Avaliação laboratorial do paciente com indicação de abdominoplastia.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO CIRÚRGICO DE ABDOMINOPLASTIA	
Avaliação Laboratorial	
Exames laboratoriais	Resultado (Descrever)
Hemograma Completo	
Coagulograma	
Glicose de Jejum	
Hemoglobina Glicada	
Ureia	
Creatinina	
TAP	
TTPA	
USG de Parade Abdominal	
Ecocardiograma (se > 50 anos)	
Ecocardiograma e Avaliação Cardiológica (se história de problemas cardíacos)	

5.4.3. Objetivos do Procedimento

As motivações do paciente e suas expectativas precisam estar claramente definidas. Os objetivos devem ser explorados e o tipo de técnica deve ser delineado antes da cirurgia. Do ponto de vista profissional, algumas áreas de deformidade anatómicas são mais óbvias para o cirurgião, mas podem não ser as mais importantes para o paciente. Portanto, as áreas de maior preocupação do paciente devem ser priorizadas (Naghshineh; Rubin, 2014).

Os pacientes geralmente apresentam diversas regiões as quais gostariam de tratar por meio da abdominoplastia. Dessa forma, tratar essas regiões de acordo com a prioridade do

paciente resulta em maior satisfação. A discussão pré-operatória deve abordar as cicatrizes significativas e recuperação associada a cirurgia. Além disso, o paciente deve entender que o principal objetivo da cirurgia não deve ser a perfeição. O que pode e o que não pode ser alcançado pelo procedimento deve ser claramente explicado (Naghshineh; Rubin, 2014).

5.5.Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) representa uma garantia tanto para o cirurgião plástico quanto para o paciente, pois fortalece a relação de confiança e transparência entre ambos (Anexo A). Ele assegura que o médico cumpriu sua obrigação de informar de forma completa e que o paciente declarou ter compreendido e aceitado o tratamento proposto. Assim, oferece maior segurança jurídica ao profissional, desde que não haja qualquer irregularidade na obtenção do consentimento (Saucedo et al., 2020).

O termo de consentimento deve prestar informações adequadas e suficientes, contendo a natureza e o propósito do tratamento, os riscos e benefícios prováveis, os tratamentos alternativos, além dos riscos de deixar de realizar o tratamento proposto ou os alternativos (Saucedo et al., 2020).

5.6.Orientações no pré-operatório imediato

5.6.1. Uso de medicamentos

Alguns medicamentos devem ser suspensos antes da cirurgia: anticoagulantes orais devem ser substituídos por heparina 5 dias antes, que por sua vez, deve ser suspenso seis horas antes do procedimento. O ácido acetil salicílico (AAS) deve ser suspenso dez dias antes da intervenção. Anti-inflamatórios não-esteroides devem ser suspensos dez dias antes da intervenção (O'Donnell et al., 2016).

Hipoglicemiantes orais devem ser pausados e substituídos por insulina regular ou NPH na véspera do procedimento para evitar hipoglicemia intraoperatória, e as doses de insulina devem ser ajustadas de acordo com o estado de jejum. Outros medicamentos, tais como diuréticos inibidores da reabsorção de potássio e gangliopérgicos também devem ser pausados antes do procedimento (O'Donnell et al., 2016).

Os medicamentos que devem ser mantidos até o dia da operação: betabloqueadores, anti-hipertensivos, cardiotônicos, broncodilatadores, corticoides,

anticonvulsivantes, insulina, antialérgicos, potássio, e medicação psiquiátrica (Quadro 5) (Zhang et al., 2021).

Quadro 5. Lista de medicações que devem ser suspensas no pré-operatório de abdominoplastia.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO CIRÚRGICO DE ABDOMINOPLASTIA	
Medicamentos Suspensos no Pré-operatório	
Medicamento	Tempo prévio para suspensão
Anticoagulantes	5 dias (a depender do fármaco)
Heparina	6 horas antes da cirurgia
Ácido acetil salicílico (AAS)	10 dias antes da cirurgia
Anti-inflamatórios não-esteroides	10 dias antes da cirurgia
Hipoglicemiantes orais	No dia da cirurgia
Diuréticos inibidores de reabsorção de K	Suspender 24 horas antes da cirurgia
Gangliopégicos	Suspender 24 horas antes da cirurgia

5.6.2. Tempo de Jejum

O jejum pré-operatório é uma etapa essencial da preparação para a abdominoplastia, pois reduz o estímulo à produção da secreção gástrica e diminui o risco de broncoaspiração pulmonar, complicação potencialmente grave que pode ocorrer durante a indução anestésica. Apesar de a abdominoplastia não interferir diretamente no aparelho digestivo, as recomendações de jejum devem seguir as diretrizes da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) (Quadro 6) (ASA, 2017).

Quadro 6. Tempo de jejum no pré-operatório de abdominoplastia.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO CIRÚRGICO DE ABDOMINOPLASTIA	
Tempo de Jejum Pré-operatório	
Tipo de ingestão	Tempo mínimo de jejum pré-operatório
Líquidos claros (água, chá)	2 horas
Refeições leves (torradas e outros líquidos)	6 horas
Refeições maiores	8 horas

Fonte: Adaptado de *American Society of Anesthesiologists* (ASA), 2017.

5.6.3. Outras orientações pré-operatórias

A fotografia é fundamental para o planejamento cirúrgico, uma vez que documenta e serve como um lembrete aos pacientes sobre suas melhorias significativas alcançadas (Naghshineh; Rubin, 2014).

O uso de meias compressivas de compressão graduada é recomendado como uma medida de profilaxia mecânica contra Tromboembolismo Venoso (TEV). Devem ser colocadas antes da indução anestésica, ainda no pré-operatório imediato (ASPS, 2020).

Não realizar depilação com lâmina, devido ao maior risco de infecção da ferida operatória. Caso seja necessário, no intraoperatório é realizada a aparação dos pelos apenas na área da incisão (Cheng et al., 2021)

5.7. Atendimento pós-operatório

5.7.1. Pós-operatório Imediato

O manejo pós-operatório constitui uma etapa essencial no processo de recuperação após a abdominoplastia, desempenhando papel determinante tanto na prevenção de complicações quanto na obtenção de resultados estéticos e funcionais satisfatórios.

5.7.1.1. Avaliação dos sinais vitais

Nas primeiras 48 horas, a monitorização deve ser contínua, abrangendo avaliação de sinais vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação periférica de oxigênio, além do controle rigoroso da dor e da observação de possíveis sinais de sangramento, hematomas e integridade dos curativos (Quadro 7) (ASPS, 2023).

Quadro 7. Monitorização dos sinais vitais no pós-operatório de abdominoplastia.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO CIRÚRGICO DE ABDOMINOPLASTIA	
Monitorização no Pós-operatório Imediato	
Sinais Vitais	PA: 100-140 mmHg
Frequência Cardíaca	60-100 bpm
Frequência respiratória	12-20 irpm
SpO2	> 94% em ar ambiente

5.7.1.2. Monitoramento e controle da dor

O controle da dor também deve ser rigorosamente acompanhado, preferencialmente utilizando escalas validadas, como a Escala Numérica de Dor ou a Escala Visual Analógica (EVA), em que o paciente atribui uma pontuação de 0 a 10 (Quadro 8). Valores acima de 6, mesmo após analgesia, demandam reavaliação clínica, pois dor intensa pode indicar tensão excessiva no retalho, hematoma ou complicações relacionadas ao posicionamento (Menezes et al., 2017).

Quadro 8. Avaliação e manejo da dor no pós-operatório de abdominoplastia.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO CIRÚRGICO DE ABDOMINOPLASTIA	
Controle da Dor	
Escala Numérica de Dor	• 0 – Ausência de dor • 1 a 3 – Dor leve • 4 a 7 – Dor moderada • 8 a 10 – Dor severa
Escala Visual Analógica (EVA)	
Resultado:	Pontuação 0 a 3 – Ausência de dor e dor leve Pontuação 4 a 10 – Dor moderada a grave
Se dor LEVE, prescrever dipirona de horário Se dor MODERADA, prescrever dipirona e tramadol ou morfina	
Prescrição medicamentosa: _____	

Para um manejo mais eficaz da dor no período pós-operatório, recomenda-se a combinação de dois ou mais fármacos ou de diferentes técnicas analgésicas, cada um atuando por mecanismos variados e empregados em doses reduzidas. Essa estratégia multimodal busca potencializar o alívio da dor, ao mesmo tempo em que diminui a probabilidade de efeitos adversos (Silva; Moraes, 2010).

O tratamento inicial da dor aguda no pós-operatório é o uso de analgésicos não opioides como o dipirona. Para o controle da dor leve ou de moderada intensidade, opioides fracos como o tramadol ou morfina podem ser utilizados em associação com o dipirona. Além disso, a avaliação contínua da resposta analgésica e a vigilância rigorosa quanto a possíveis efeitos colaterais constituem etapas essenciais para garantir um controle seguro e efetivo da dor no pós-operatório (Silva; Moraes, 2010).

5.7.1.3. Avaliação contínua do curativo

O curativo deve ser constantemente inspecionado quanto à expansão progressiva de manchas sanguinolentas, empastamento do abdome, incremento da dor local ou queda hemodinâmica. Hematomas pequenos podem ser apenas observados, enquanto coleções tensas requerem intervenção imediata (Valero et al., 2023).

5.7.1.4. Monitoramento dos drenos cirúrgicos

A utilização de drenos de sucção é ampla no contexto das cirurgias estéticas para prevenir a indecência de seromas. Entretanto, apesar do uso rotineiro de drenos, muitos estudos têm demonstrado que podem trazer algumas desvantagens, como: ineficiência, desconforto, dificuldade de mobilização, ruptura ou extrusão prematura, colonização bacteriana e ainda causar irritação dos tecidos e aumentar a formação de seromas (Bhave, 2018).

A fase inflamatória da cicatrização, que se inicia logo após o fechamento da incisão cirúrgica, caracteriza-se pelo acúmulo de fluido nos tecidos e pela presença da drenagem inicial normalmente observada no local operado. Nessa etapa, qualquer elevação inesperada do volume drenado pode indicar lesão tecidual mais extensa ou estar relacionada ao aumento da profundidade da ferida, exigindo avaliação criteriosa para exclusão de complicações precoces (Chua et al., 2022).

A inspeção dos drenos cirúrgicos deve considerar a quantidade, cor e características do líquido (Quadro 9). A drenagem fisiológica tende a ser serossanguinolenta, evoluindo para coloração âmbar clara em 24–48h. Preocupam saídas > 100–150 mL/24h, aspecto purulento ou sanguinolento intenso (Phillips, et al., 2011; Shestak et al., 2019; Yang et al., 2025). Quando o uso de drenos for indicado no pós-cirúrgico, este deve permanecer por no máximo 24 horas se a drenagem for inferior a 30 mL, para possibilitar o retorno mais precoce às atividades habituais (Phillips, et al., 2011).

Quadro 9. Monitoramento dos drenos cirúrgicos pós-operatório de abdominoplastia.

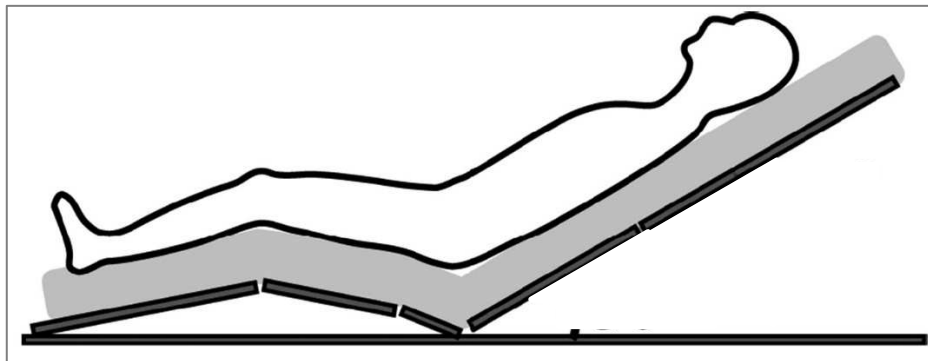
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO CIRÚRGICO DE ABDOMINOPLASTIA	
Monitoramento dos drenos cirúrgicos	
- Medir volume a cada 8-12 horas; - Atenção para volumes acima de 100 – 150 mL; - Deve tornar-se cor âmbar clara entre 24 – 48h.	
Horário	Volume

5.7.1.5. Outras orientações no pós-operatório imediato

Os pacientes devem utilizar uma malha abdominal compressiva continuamente durante os primeiros 30 dias após a cirurgia. Essa medida auxilia no controle do edema, favorece a aderência dos tecidos e contribui para a estabilidade do retalho abdominal no período inicial de cicatrização (Di Martino et al., 2010; Janis et al., 2016).

Recomenda-se manter a posição de *Fowler* (Figura 1), com elevação do tronco e leve flexão dos quadris, por aproximadamente 10 dias, a fim de reduzir a tensão sobre a linha de sutura e minimizar o risco de deiscência (Di Martino et al., 2010; Janis et al., 2016).

Figura 1. Posição de *Fowler*.



Fonte: Adaptado de *Effects of trunk posture in Fowler's position on hemodynamics* (Satoshi et al., 2015).

O tempo de internação hospitalar deve ser de 24 horas para todos as pacientes, permitindo monitorização imediata de sinais vitais, dor e características dos drenos, quando presentes. Além disso, no primeiro dia de pós-operatório, os pacientes devem ser estimulados à deambulação precoce, prática essencial para prevenir trombose venosa profunda, melhorar a função respiratória e promover uma recuperação mais segura e eficaz (Di Martino et al., 2010; Janis et al., 2016).

5.8. Alta Hospitalar

A alta hospitalar após a abdominoplastia geralmente ocorre entre 24 e 48 horas, dependendo da extensão do procedimento, das comorbidades e da estabilidade clínica da paciente. A equipe deve orientar cuidadosamente sobre o manejo domiciliar, incluindo cuidados com curativos, posição adequada ao dormir, manutenção do tronco levemente fletido para reduzir tensão na incisão, uso correto da malha compressiva e sinais de alerta para

complicações, como aumento súbito do edema, dor desproporcional, febre ou alteração da coloração da ferida (Santiago et al., 2023).

Também devem ser reforçadas as orientações quanto à hidratação, restrição de esforços físicos e necessidade de retorno precoce para avaliação, garantindo segurança e acompanhamento adequado no pós-operatório imediato (Santiago et al., 2023).

5.8.1. Profilaxia farmacológica da trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP)

Segundo o protocolo de Anger et al., (2003), todo e qualquer paciente submetido à abdominoplastia possui risco moderado de desenvolver trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP), por isso, todos os pacientes devem receber algum tipo de profilaxia farmacológica (Justino et al., 2018). Pacientes com pontos de 2 a 4 são classificados como risco moderado e aqueles com pontuação ≥ 5 são de risco alto, ambos são indicativos de profilaxia medicamentosa no pré e pós-operatório, conforme o Quadro 10.

Quadro 10. Profilaxia da trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar no pré e pós-operatório de abdominoplastia.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO CIRÚRGICO DE ABDOMINOPLASTIA			
Profilaxia da TVP e TEP no pré e pós-operatório			
Fatores clínicos	Pontos	Fatores cirúrgicos	Pontos
Idade > 60 anos	2	Tempo de cirurgia > 60 minutos	1
IMC > 30	1	Posição de Fowler	1
Neoplasia presente	2	Dermolipectomia abdominal ou de coxas	1
Fumante	1	Inclusão de prótese de silicone em região glútea ou em perna ou coxa	1
Imobilização prévia à cirurgia por > 24h	2	Cirurgias estéticas combinadas	1
TVP ou TEP prévia	2	Reconstrução de mamas com retalho	1
Queimaduras	2	Resultado	
Anticoncepcionais ou reposição hormonal com estrógenos	1		
1 ponto = baixo risco		2 a 4 pontos = risco moderado	≥ 5 pontos = alto risco
Medidas não farmacológicas (para todos os riscos)			
• Compressão pneumática intermitente • Manipulação de membros inferiores: intra e pós-operatória • Mobilização precoce • Meia elástica • Meia de compressão graduada ou malha compressiva graduada			

Medidas farmacológicas	
Risco moderado	Alto risco
Heparina de baixo peso molecular (via subcutânea)	Heparina de baixo peso molecular (via subcutânea)
Nadroparina 0,3ml - 1 x dia	Nadroparina 0,3ml - 1 x dia
Enoxaparina 40 mg - 1 x dia	Enoxaparina 40 mg - 1 x dia
Tedelparina 2.500UI - 1x dia	Tedelparina 5.000UI - 1x dia
Início: 2 horas antes da cirurgia	Início: 2 horas antes da cirurgia
Pós-operatório	
Enoxaparina 40 mg 1x dia – 5 dias	
Rivaroxaban 10 mg 1x dia – a partir do 6º dia, durante 10 dias	

5.9. Pós-operatório precoce

A realização de consultas de acompanhamento regulares no pós-operatório permite ao cirurgião monitorar a evolução do paciente, avaliar a cicatrização da incisão e detectar precocemente qualquer sinal de complicação (Southier et al., 2024).

5.9.1. Primeiro retorno ambulatorial

O primeiro retorno ao consultório deve ocorrer 7 dias após o procedimento. Nessa consulta, deve-se avaliar o débito e coloração do dreno, quando utilizado. A literatura não estabelece um valor universal, mas diversos estudos mostram remoção segura quando o volume do dreno está abaixo de 30–50 mL/24h, variando conforme técnica e preferência do cirurgião (Phillips, et al., 2011; Shestak et al., 2019; Yang et al., 2025). Em muitos serviços, protocolos clínicos utilizam valores entre 50–100 mL/24h, conforme a evolução individual.

Avalia-se também a cicatriz abdominal e a cicatriz umbilical, observando hiperemia, tensão, secreção e sinais de deiscência (Batista et al., 2019). A profilaxia anticoagulante pode ser suspensa após a finalização do protocolo quando a paciente apresenta deambulação adequada e contínua (Santos et al., 2020). Verifica-se, ainda, se a paciente mantém postura curvada ao caminhar para proteção da sutura e se está realizando repouso suficiente, reduzindo tração sobre o retalho abdominal.

5.9.2. Segundo retorno ambulatorial

O segundo retorno ao consultório deve ocorrer 14 dias após o procedimento. Deve-se avaliar se houve deiscência de anastomose e se a cicatrização está satisfatória. Se a cicatrização estiver satisfatória, realiza-se a retirada de pontos não absorvíveis. Caso haja sinais de cicatrização lenta ou deiscência parcial, recomenda-se retorno antecipado em 7 dias. Nesta fase

também se inicia a transição gradual da postura curvada para uma posição mais ereta, respeitando dor e tensão da musculatura (de Oliveira et al., 2015; Carneiro et al., 2024).

Os pacientes devem manter o uso de meias compressivas por 30 dias (Di Martino et al., 2010; Janis et al., 2016).

5.9.3. Terceiro retorno ambulatorial

O terceiro retorno deve ocorrer 4 semanas após o procedimento. Avalia-se a cicatrização global do abdome e do umbigo. Se o processo estiver adequado, o paciente pode suspender as meias compressivas e retornar à posição totalmente ereta, deixando a Posição de Fowler (Quadro 11).

Quadro 11. Protocolo de Acompanhamento no Pós-Cirúrgico Precoce de Abdominoplastia.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO CIRÚRGICO DE ABDOMINOPLASTIA		
Acompanhamento no pós-operatório		
Momento do retorno	Principais avaliações	Condutas
7 dias	• Débito e coloração do dreno quando presente; • Cicatriz abdominal; • Cicatriz umbilical; • Avaliação de postura (curvada); • Repouso e tensão do retalho.	Remoção segura do dreno quando <30–50 mL/24h; Suspensão da profilaxia anticoagulante quando a paciente está deambulando adequadamente.
14 dias	• Cicatriz umbilical (deiscência? secreção? tensão?); • Cicatrização abdominal global • Avaliação da postura (início da verticalização)	Retirada de pontos não absorvíveis se cicatrização satisfatória Se má cicatrização: retorno antecipado da próxima consulta em 7 dias Progressão gradual da postura curvada para mais ereta; Manter meias compressivas até completar 30 dias.
4 semanas	• Cicatrização abdominal total; • Cicatrização umbilical; • Avaliação de edema residual.	Suspender o uso de meias compressivas se cicatrização adequada; Liberação para postura totalmente ereta (abandono da posição de Fowler).

6. DISCUSSÃO

A abdominoplastia é um procedimento amplamente utilizado na cirurgia estética, indicado para a remoção do excesso de pele e gordura abdominal e para o fortalecimento da musculatura da parede abdominal, especialmente em pacientes após grande perda ponderal ou com flacidez acentuada (Hafezi; Nouhi, 2006). Dados da ISAPS indicam que, em 2024, foram realizadas mais de 1 milhão de abdominoplastias no mundo, confirmando sua relevância e elevada demanda global (ISAPS, 2024).

Esse crescimento está associado a fatores como o aumento de pacientes pós-bariátricos, o uso de medicamentos para emagrecimento e a maior aceitação social dos procedimentos estéticos (Stein, 2024). A escolha adequada dos pacientes, aliada à avaliação clínica criteriosa e à seleção da técnica cirúrgica mais apropriada, é fundamental para reduzir complicações e alcançar resultados seguros e satisfatórios (Ramirez et al., 2021; Hunecke et al., 2019; Frank et al., 2019).

O centro cirúrgico constitui um ambiente de alta complexidade, no qual a segurança do paciente depende da atuação integrada e multiprofissional, envolvendo comunicação eficaz e tomada de decisões compartilhadas entre os diferentes profissionais de saúde. Falhas organizacionais, ausência de protocolos padronizados e dificuldades de comunicação aumentam o risco de eventos adversos e comprometem os resultados cirúrgicos (Ribeiro et al., 2024).

Nesse cenário, a padronização de processos assistenciais por meio de protocolos institucionais, como a Lista de Verificação de Cirurgia Segura da OMS e o Protocolo de Prevenção da Infecção do Sítio Cirúrgico, mostra-se fundamental para reduzir complicações e qualificar o cuidado perioperatório (Costa et al., 2025). Além disso, a adoção de protocolos específicos e adaptados às diferentes cirurgias, aliada ao fortalecimento do trabalho multiprofissional, contribui significativamente para a promoção da segurança do paciente e para a melhoria da qualidade da assistência prestada (Gutierrez et al., 2018).

A implementação de protocolos institucionais e Protocolos Operacionais Padrão (POP's), fundamentados em evidências científicas, mostra-se essencial para padronizar condutas, reduzir eventos adversos e qualificar a assistência no centro cirúrgico e no pós-operatório (Sales et al., 2018; Ribeiro et al., 2024; Costa et al., 2025). Assim, a adoção sistematizada de protocolos contribui de forma decisiva para a melhoria dos desfechos clínicos, para a segurança do paciente e para a excelência do cuidado em cirurgia plástica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desse protocolo de abdominoplastia reforça a importância de práticas assistenciais sistematizadas, que orientem decisões clínicas e reduzam variabilidades no cuidado. A padronização das etapas do pré e pós-operatório contribui diretamente para melhores desfechos cirúrgicos, favorece a segurança do paciente e fortalece o trabalho multidisciplinar.

A finalidade deste protocolo é promover uma assistência padronizada, segura e baseada em evidências, servindo de guia para equipes multiprofissionais. O documento deve ser aplicado em centros cirúrgicos, unidades de internação, ambulatórios de cirurgia plástica e serviços de enfermagem que acompanham o paciente no pré e pós-operatório.

Entre os principais pontos levantados, destaca-se a importância de uma avaliação clínica detalhada antes do procedimento, considerando riscos cirúrgicos, comorbidades, estado nutricional e fatores que interferem na cicatrização. Já o manejo pós-operatório da abdominoplastia exige uma abordagem estruturada, contínua e individualizada, abrangendo desde a fase imediata até o acompanhamento ambulatorial nas semanas seguintes.

Ao reunir condutas, critérios de avaliação e orientações práticas, o protocolo se torna uma ferramenta essencial para qualificar o atendimento e promover resultados mais previsíveis e satisfatórios. Se atualizado periodicamente e aplicado de forma contínua, tende a elevar significativamente a qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS. Venous thromboembolism prevention clinical practice guideline. ASPS, 2020.

ANGER, J.; BARUZZI, A. C. A.; KNOBEL, E. Um protocolo de prevenção de trombose venosa profunda em cirurgia plástica. *Rev Bras Cir Plást*, v. 18, n. 1, p. 47–54, 2003.

BATISTA, A. *et al.* O uso do laser infravermelho e aromaterapia na cicatriz hipertrófica pós-abdominoplastia associado à massagem Cyriax. *Braz J Nat Sci*, v. 2, n. 3, p. 153, 2019. Disponível em: <https://bjns.com.br/index.php/BJNS/article/view/65>. Acesso em: 10 dez. 2025.

BHAVE, M. A. Can drains be avoided in lipo-abdominoplasty? *Indian J Plast Surg*, v. 51, n. 1, p. 15–23, 2018.

BOGGIO, R. F.; ALMEIDA, F. R.; BAROUDI, R. Pontos de adesão na cirurgia do contorno corporal. *Rev Bras Cir Plást*, v. 26, n. 1, p. 121–126, 2011.

CARLOS, A. *et al.* Cicatrização de feridas. *Arq Bras Cir Dig*, v. 20, n. 1, 2007.

CARNEIRO, A. J. S. G. *et al.* Impacto das técnicas cirúrgicas na incidência de complicações em abdominoplastia: uma análise abrangente. *Cad Pedag*, v. 21, n. 6, p. e4915, 2024. DOI: 10.54033/cadpedv21n6-124.

CHENG, J. Y. J. *et al.* Preoperative concerns of patients undergoing general surgery. *Patient Educ Couns*, v. 104, n. 6, p. 1467–1473, 2021.

CHUA, C. *et al.* Final 24-hour drain output and postoperative day are poor indicators for appropriate drain removal. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, v. 10, n. 4, p. e4160, 2022. DOI: 10.1097/GOX.0000000000004160.

COSTA, E. da S. *et al.* A atuação multiprofissional no centro cirúrgico: desafios e estratégias para segurança do paciente. *Rev Contemp*, v. 5, n. 8, p. e8894, 2025. DOI: 10.56083/RCV5N8-076. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/8894>. Acesso em: 20 nov. 2025.

CUNHA, Gilmara Linhares da Silva *et al.* O papel da esteta cosmetóloga no pré e pós-operatório em cirurgias plásticas corporais: revisão integrativa. *Rev Iberoam Humanid Cienc Educ*, v. 8, n. 5, p. 1539–1553, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i5.5569. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5569>. Acesso em: 27 nov. 2025.

DA SILVA, Ana Paula; DE MORAES, Márcia Wanderley. Incidência de dor no pós-operatório de cirurgia plástica estética. 2010.

DA SILVA, Rodrigo Marcel Valentim *et al.* Protocolo fisioterapêutico para o pós-operatório de abdominoplastia. *Conselho Científico*, p. 294, 2012.

DI MARTINO, M. *et al.* Seroma em lipoabdominoplastia e abdominoplastia: estudo ultrassonográfico comparativo. *Rev Bras Cir Plást*, v. 25, n. 4, p. 679–687, 2010. DOI: 10.1590/S1983-51752010000400021.

- DIAS, M. *et al.* Elaboração e aplicação de um instrumento de avaliação no pós-operatório imediato com base no protocolo de Advanced Trauma Life Support. *Acta Paul Enferm*, v. 21, n. 4, 2008.
- EBAUGH, D. D.; MCCLURE, P. W.; KARDUNA, A. R. Three-dimensional scapulothoracic motion during active and passive arm elevation. *Clin Biomech*, v. 20, n. 7, p. 700–709, 2004.
- FAGUNDES, *et al.* Techniques and complications of abdominoplasty: Literature review. *Res Soc Dev*, [S. l.], v. 12, n. 3, p. e27512340445, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i3.40445. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/40445>. Acesso em: 15 nov. 2025.
- FERRAZ, Pedro Henrique Cardoso. Abordagem integrada dos cuidados pré e pós-operatórios em cirurgias plásticas estéticas: uma revisão narrativa. *Rev Iberoam Humanid Cienc Educ*, v. 11, n. 9, p. 1910–1913, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i9.21033. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/21033>. Acesso em: 15 nov. 2025.
- FRANK, K. *et al.* Influences of age, sex and body mass index on abdominal adipose layer thickness and relevance for abdominal liposuction and abdominoplasty. *Aesthet Surg J*, v. 39, n. 10, p. 1085–1093, 2019.
- GEMPERLI, R.; MENDES, R. R. S. Complicações em abdominoplastia. *Rev Bras Cir Plást*, v. 34, n. 0, p. 53–56, 2019. Disponível em: www.rbc.org.br/details/2485/complicacoes-emabdominoplastia. Acesso em: 10 nov. 2025.
- GUPTA, V. *et al.* Segurança da cirurgia estética em pacientes com sobrepeso: análise de 127.961 pacientes. *Aesthet Surg J*, v. 36, n. 6, p. 718–729, 2016.
- GUTIERRES, Larissa de Siqueira *et al.* Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. *Rev Bras Enferm*, v. 71, p. 2775–2782, 2018.
- HAFEZI, F.; NOUHI, A. Abdominoplastia segura com lipoaspiração extensa. *Ann Plast Surg*, v. 57, n. 2, p. 149–153, 2006.
- HUNECKE, P. *et al.* Clinical outcome of patients undergoing abdominoplasty after massive weight loss. *Surg Obes Relat Dis*, v. 15, n. 8, p. 1362–1366, 2019.
- HUNECKE, P. *et al.* Desfecho clínico de pacientes submetidos à abdominoplastia após perda ponderal maciça. *Surg Obes Relat Dis*, v. 15, n. 8, p. 1362–1366, 2019.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). ISAPS Global Survey 2024: Global survey on aesthetic/cosmetic procedures. 2024. Disponível em: https://www.isaps.org/media/lcvdjt1f/isaps-global-survey_2024.pdf. Acesso em: 26 nov. 2025.
- JANIS, J. E.; KHANSA, L.; KHANSA, I. Strategies for postoperative seroma prevention: a systematic review. *Plast Reconstr Surg*, v. 138, n. 1, p. 240–252, 2016. DOI: 10.1097/PRS.0000000000002245.
- JUSTINO, T. A.; VARONI, A. C. C.; DUZ, G. L. Tromboembolismo venoso (TEV) em abdominoplastias: um protocolo de prevenção. *Rev Bras Cir Plást*, v. 33, n. 1, p. 33–38, 2018. DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0006.

- KUBOTA, S. *et al.* Effects of trunk posture in Fowler's position on hemodynamics. *Auton Neurosci*, v. 189, p. 56–59, 2015. DOI: 10.1016/j.autneu.2015.01.002.
- MENEZES, M. V. D. A. *et al.* Controle da dor no pós-operatório de lipoaspiração. *Rev Bras Cir Plást*, v. 32, n. 4, p. 556–561, 2017. DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0090.
- NAGHSHINEH, N.; RUBIN, J. P. Preoperative evaluation of the body contouring patient: the cornerstone of patient safety. *Clin Plast Surg*, v. 41, n. 4, p. 637–643, 2014. DOI: 10.1016/j.cps.2014.07.002.
- NUNES, L. *et al.* O uso do taping no pós-operatório de cirurgia plástica. *Res Soc Dev*, v. 10, n. 15, p. e81101522868, 2021.
- O'DONNELL, F. T. Preoperative evaluation of the surgical patient. *Mo Med*, v. 113, n. 3, p. 196–201, 2016.
- OLIVEIRA, T.; GARÓFFALO TASCHETI, T.; CLEMENTE MENDONÇA, A. Influência da reeducação postural global na postura, satisfação corporal e qualidade de vida após abdominoplastia: relato de caso. *ConScientiae Saúde*, v. 14, n. 3, p. 471–476, 2015.
- PHILLIPS, B. T. *et al.* Current practice among plastic surgeons of antibiotic prophylaxis and closed-suction drains in breast reconstruction: experience, evidence, and implications for postoperative care. *Ann Plast Surg*, v. 66, n. 5, p. 460–465, 2011. DOI: 10.1097/SAP.0b013e31820c0593.
- RAMIREZ, A. E. *et al.* Abdominoplasty: My preferred techniques. *Ann Plast Surg*, v. 86, n. 3S, p. S229–S234, 2021. DOI: 10.1097/SAP.0000000000002639.
- RIBEIRO, Jailson de Assis *et al.* Atuação da equipe multiprofissional na segurança do paciente: revisão integrativa. *Saúde Redes*, v. 10, n. 2, p. 4385–4385, 2024.
- SALES, C. B. *et al.* Standard operational protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Rev Bras Enferm*, v. 71, n. 1, p. 126–134, 2018.
- SANTIAGO JUNIOR, E. A. *et al.* As principais técnicas utilizadas de abdominoplastia em pacientes pós-bariátricos após massiva perda de peso: revisão sistemática. *Rev Bras Cir Plást*, v. 38, n. 1, p. e0610, 2023. DOI: 10.5935/2177-1235.2023RBCP0610-PT.
- SANTOS, N. L. D. *et al.* Percepção das pacientes sobre a atuação profissional e os procedimentos realizados no pré, no intra e no pós-operatório de abdominoplastia. *Rev Bras Cir Plást*, v. 35, n. 2, p. 189–197, 2020. DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0032.
- SANTOS, N. L. D. *et al.* Percepção das pacientes sobre a atuação profissional e os procedimentos realizados no pré, no intra e no pós-operatório de abdominoplastia. *Rev Bras Cir Plást*, v. 35, n. 2, p. 189–197, 2020. DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0032.
- SAUCEDO OHM, R. *et al.* Segurança do paciente em cirurgia plástica: revisão sistemática. *Rev Bras Cir Plást*, v. 35, n. 2, p. 212–227, 2020. DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0036.
- SHESTAK, K. C. *et al.* Evidenced-based approach to abdominoplasty update. *Aesthet Surg J*, v. 39, n. 6, p. 628–642, 2019. DOI: 10.1093/asj/sjy215.

SOUTHER, A. V. O. *et al.* Abordagens cirúrgicas em abdominoplastia: investigando sua associação com o risco de complicações. *Rev Iberoam Humanid Cienc Educ*, v. 10, n. 6, p. 1154–1163, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i6.14471.

STEIN, M. J. *et al.* A primer on abdominoplasty safety. *Plast Surg*, 2024. Publicação online antecipada. DOI: 10.1177/22925503241300335.

VALERO, E. G. *et al.* Perioperative pain management in abdominoplasty. *Rev Chil Anest*, v. 52, n. 7, p. 688–695, 2022.

VILLEGAS, Raquel Saavedra *et al.* Complicações e técnicas de abdominoplastia: revisão de literatura. *Braz J Dev*, v. 8, n. 2, p. 10787–10793, 2022.

YANG, R. *et al.* Analysis of factors affecting the postoperative drainage in patients with abdominoplasty with circumferential liposuction. *Front Surg*, v. 12, p. 1581931, 2025. DOI: 10.3389/fsurg.2025.1581931.

ZHANG, K. *et al.* Virtual preoperative assessment in surgical patients: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Anesth*, v. 75, p. 110540, 2021.

ZIMMERMANN, Betina. O efeito da cinta compressiva no edema subcutâneo abdominal em pacientes submetidos à abdominoplastia e à drenagem linfática manual. 2018. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional) – Universidade, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Protocolo de Atendimento Cirúrgico de Abominopectia

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA		
História Clínica		
Estilo de Vida		
Etilismo	☐ Sim Quantidade de cigarros/dia _____ ☐ Sim, mas parei há (tempo) _____	☐ Não
Tabagismo	☐ Sim ☐ Sim, mas parei há (tempo) _____	☐ Não
Prática de atividade física	☐ Sim Tipo: _____ Vezes/semana: _____	☐ Não
Patologias existentes		
Diabetes Mellitus	☐ Sim	☐ Não
Asma, Bronquite, Tosse Crônica	☐ Sim Intensidade: _____	☐ Não
H.A.S.	☐ Sim	☐ Não
Varizes	☐ Sim	☐ Não
Doenças Pulmonares	☐ Sim Qual(is): _____	☐ Não
Doenças Pulmonares	☐ Sim Qual(is): _____	☐ Não
Coagulopatias	☐ Sim	☐ Não
Doenças na tireoide	☐ Sim	☐ Não
Alterações psiquiátricas	☐ Sim Qual(is): _____	☐ Não
Hepatite	☐ Sim	☐ Não
H.I.V. Positivo	☐ Sim	☐ Não
Infecções urinárias	☐ Sim	☐ Não
Nefro, nefro ou osteopatias	☐ Sim	☐ Não
Outras doenças	☐ Sim Qual(is): _____	☐ Não
Alergias Medicamentosas		

☐ Sim Qual(is): _____ _____		☐ Não
Está em uso de algum medicamento? Se sim, especificar abaixo o medicamento e a dosagem utilizada diariamente.	☐ Sim	☐ Não
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
História Obstétrica e Cirúrgica		
Há possibilidade de estar grávida?	☐ Sim	☐ Não
Faz uso de anticoncepcional?	☐ Sim Qual: _____	☐ Não
Gestação anterior:	☐ Sim Quantas: _____ Tipo(s) de parto: _____ _____	☐ Não
Realizou algum tipo de cirurgia anteriormente?	☐ Sim Qual(is)/Quando: _____ _____	☐ Não
Exame físico		
Peso:	Altura:	IMC:
Indicação cirúrgica		
☐ Abdome em avental ☐ Cicatrizes de cirurgias prévias ☐ Abdome clássico ou em âncora ☐ Hérnias Abdominais visíveis ☐ Excesso de pele no pós-cirúrgico de cirurgia bariátrica		

Observações específicas:

AVALIAÇÃO LABORATORIAL

Exames laboratoriais	Resultado (Descrever)
Hemograma Completo	
Coagulograma	
Glicose de Jejum	
Hemoglobina Glicada	
Ureia	
Creatinina	
TAP	
TTPA	
USG de Parade Abdominal	
Ecocardiograma (se > 50 anos)	
Ecocardiograma e Avaliação Cardiológica (se história de problemas cardíacos)	

MEDICAMENTOS SUSPENSOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

Medicamento	Tempo prévio para suspensão
Anticoagulantes	5 dias (a depender do fármaco)
Heparina	6 horas antes da cirurgia
Ácido acetil salicílico (AAS)	10 dias antes da cirurgia
Anti-inflamatórios não-esteroides	10 dias antes da cirurgia
Hipoglicemiantes orais	No dia da cirurgia
Diuréticos inibidores de reabsorção de K	Suspender 24 horas antes da cirurgia
Gangliopégicos	Suspender 24 horas antes da cirurgia

TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo de ingestão	Tempo mínimo de jejum pré-operatório
Líquidos claros (água, chá)	2 horas
Refeições leves (torradas e outros líquidos)	6 horas
Refeições maiores	8 horas

OUTRAS ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- Realizar fotografias para o planejamento cirúrgico e posterior comparação do antes e depois;
- Utilizar meias compressivas no pré-operatório imediato;
- Não realizar depilação com lâmina.

ACOMPANHAMENTO NO PÓS-OPERATÓRIO

Monitorização dos Sinais Vitais

Sinais Vitais	PA: 100-140 mmHg
Frequência Cardíaca	60-100 bpm
Frequência respiratória	12-20 irpm
SpO2	> 94% em ar ambiente

Controle da Dor

Escala Numérica de Dor	• 0 – Ausência de dor • 1 a 3 – Dor leve • 4 a 7 – Dor moderada • 8 a 10 – Dor severa
Escala Visual Analógica (EVA)	
Resultado:	Pontuação 0 a 3 – Ausência de dor e dor leve Pontuação 4 a 10 – Dor moderada a grave

Se dor LEVE, prescrever dipirona de horário
 Se dor MODERADA, prescrever dipirona e tramadol ou morfina

Prescrição medicamentosa: _____

Avaliação contínua dos curativos

Horários de troca dos curativos:

--	--	--	--

Observações:

Monitoramento dos drenos cirúrgicos

- Medir volume a cada 8-12 horas; - Atenção para volumes acima de 100 – 150 mL; - Deve tornar-se cor âmbar clara entre 24 – 48h.

Horário	Volume

OUTRAS ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- Utilizar malha abdominal compressiva continuamente durante os primeiros 30 dias após a cirurgia;
- Manter a posição de *Fowler*, com elevação do tronco e leve flexão dos quadris, por aproximadamente 10 dias;
- Deambulação precoce;

INTERCORRÊNCIAS E OBSERVAÇÕES

- ☐ Hemorragias
- ☐ Seroma
- ☐ Trombose Venosa Profunda
- ☐ Tromboembolismo pulmonar
- ☐ Outro

Observações:

PROFILAXIA DA TVPE E TEP NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

Fatores clínicos	Pontos	Fatores cirúrgicos	Pontos
Idade > 60 anos	2	Tempo de cirurgia > 60 minutos	1
IMC > 30	1	Posição de Fowler	1
Neoplasia presente	2	Dermolipectomia abdominal ou de coxas	1
Fumante	1	Inclusão de prótese de silicone em região glútea ou em perna ou coxa	1
Imobilização prévia à cirurgia por > 24h	2	Cirurgias estéticas combinadas	1
TVP ou TEP prévia	2	Reconstrução de mamas com retalho	1
Queimaduras	2	Resultado	
Anticoncepcionais ou reposição hormonal com estrógenos	1		

1 ponto = baixo risco	2 a 4 pontos = risco moderado	≥ 5 pontos = alto risco
Medidas não farmacológicas (para todos os riscos)		
• Compressão pneumática intermitente • Manipulação de membros inferiores: intra e pós-operatória • Mobilização precoce • Meia elástica • Meia de compressão graduada ou malha compressiva graduada		
Medidas farmacológicas		
Risco moderado	Alto risco	
Heparina de baixo peso molecular (via subcutânea)	Heparina de baixo peso molecular (via subcutânea)	
Nadroparina 0,3ml - 1 x dia	Nadroparina 0,3ml - 1 x dia	
Enoxaparina 40 mg - 1 x dia	Enoxaparina 40 mg - 1 x dia	
Tedelparina 2.500UI - 1x dia	Tedelparina 5.000UI - 1x dia	
Início: 2 horas antes da cirurgia	Início: 2 horas antes da cirurgia	
Pós-operatório		
Enoxaparina 40 mg 1x dia – 5 dias		
Rivaroxaban 10 mg 1x dia – a partir do 6º dia, durante 10 dias		
Prescrição medicamentosa:		

DESFECHO CLÍNICO	
☐ Alta Hospitalar Data: _____ / _____ / _____	☐ Óbito

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL	
Primeiro retorno ambulatorial – 7 dias após a cirurgia	
Data do retorno:	
Evolução Clínica:	
Débito do dreno:	
Remoção segura quando o volume do dreno está abaixo de 30–50 mL/24h	

Evolução da cicatrização:
Observar hiperemia, tensão, secreção e sinais de deiscência
Prescrição medicamentosa:
Suspender profilaxia anticoagulante se deambulação adequada e contínua
Verificar se a paciente mantém postura curvada ao caminhar para proteção da sutura e se está realizando repouso suficiente, reduzindo tração sobre o retalho abdominal.

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Segundo retorno ambulatorial – 14 dias após a cirurgia

Data do retorno:
Evolução Clínica:
Evolução da cicatrização:
Se a cicatrização estiver satisfatória, realiza-se a retirada de pontos não absorvíveis. Caso haja sinais de cicatrização lenta ou deiscência parcial, recomenda-se retorno antecipado em 7 dias.
Prescrição medicamentosa:
Suspender profilaxia anticoagulante se deambulação adequada e contínua
Iniciar a transição gradual da postura curvada para uma posição mais ereta, respeitando dor e tensão da musculatura.

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Terceiro retorno ambulatorial – 30 dias após a cirurgia

Data do retorno:
Evolução Clínica:
Evolução da cicatrização:
Se a cicatrização estiver satisfatória, deve-se suspender o uso das meias compressivas e retornar à postura para a posição totalmente ereta, deixando a posição de <i>Fowler</i> .
Observações:

ANEXOS**ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**