

MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DISMÓRFICO
CORPORAL EM POPULAÇÃO CANDIDATA À
ABDOMINOPLASTIA, RINOPLASTIA E RITIDOPLASTIA**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo, para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

São Paulo

2011

MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DISMÓRFICO
CORPORAL EM POPULAÇÃO CANDIDATA À
ABDOMINOPLASTIA, RINOPLASTIA E RITIDOPLASTIA**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo, para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

ORIENTADOR : PROF. DR. FÁBIO XERFAN NAHAS

COORIENTADORES : PROF. GAL MOREIRA DINI

PROF. TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS

São Paulo

2011

Brito, Maria José Azevedo de.

Prevalência de sintomas do transtorno dismórfico corporal em abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia./ Maria José Azevedo de Brito -- São Paulo, 2011.

xxv, 223f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica.

Título em inglês: Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder in abdominoplasty, rhinoplasty, and rhytidoplasty.

1. Transtornos dismórficos corporais;
2. Cirurgia Plástica;
3. Epidemiologia;
4. Psiquiatria.
5. Abdome.
6. Rinoplastia;
7. Ritidoplastia.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIRURGIA PLÁSTICA**

COORDENADOR: PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO

Para *SARA*, *NUNO* e *HUGO*, meus filhos,
que fazem minha vida melhor.

Para meus pais, *JOSÉ* (*in memoriam*)
e *MARIA BEATRIZ*, e meus irmãos,
ACÁCIO, *MIGUEL* e *PAULO*, que
tornaram minha infância melhor.

Ao *MIGUEL*, meu irmão, que fez meu
percurso mais leve e menos solitário.

À Professora Doutora **LYDIA MASA KO FERREIRA**, PROFESSORA TITULAR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP-EPM), pelo exemplo, presença e capacidade nucleadora de múltiplos e distintos saberes.

Ao Professor Doutor **MIGUEL SABINO NETO**, PROFESSOR ADJUNTO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM), expresso meu agradecimento especial pelo apoio ao projeto Transtorno Dismórfico Corporal.

Ao Professor Doutor **FÁBIO XERFAN NAHAS**, PROFESSOR ORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM) e orientador desta tese, agradeço o tempo, a atenção e cordialidade dispensadas nas valiosas correções e sugestões de meus trabalhos, ao longo do meu percurso acadêmico.

Ao Professor **TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS**, PROFESSOR COLABORADOR DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), COORDENADOR DA ASSISTÊNCIA CLÍNICA DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (IPQ-HCFMUSP) E COORDENADOR DO PROGRAMA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES (AMBULIM) DO IPQ-HCFMUSP, meu agradecimento por aceitar coorientar esta tese, e por ter possibilitado que, uma das perspectivas deste estudo, se tornasse realidade — a pesquisa do Transtorno Dismórfico Corporal e o tratamento de pacientes com este transtorno mental.

Ao Professor **GAL MOREIRA DINI**, PROFESSOR COORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM) e coorientador desta tese, pela colaboração na coleta dos dados e pelas sugestões ao longo desta pesquisa.

Ao Professor **ALFREDO GRAGNANI FILHO**, PROFESSOR ADJUNTO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E ORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM), pela confiança em meu trabalho e pela amizade.

Ao Professor **BERNARDO SÉRGIO HOCHMAN RZESZETKOWSKI**, PROFESSOR ORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM), pelas aulas ministradas na Pós-Graduação e pelas sugestões iniciais que nortearam o delineamento deste estudo.

Aos **PROFESSORES** do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM) por acolherem dúvidas, por estimularem discussões éticas e científicas, pelas sugestões e considerações para instigantes questionamentos, novas pesquisas e estudos científicos.

Ao **GABRIEL DE ALMEIDA ARRUDA FELIX**, ALUNO DE GRADUAÇÃO DO 3º ANO DE MEDICINA (UNIFESP-EPM), por ter escolhido, e insistido, estudar o Transtorno Dismórfico Corporal em seu projeto PIBIC. Por sua sensibilidade no acolhimento dos pacientes. Por sua disponibilidade cordial e solícita para a realização deste projeto. Pela coragem de ter realizado o *follow-up* deste estudo, a partir de uma das hipóteses geradas nesta pesquisa. A minha gratidão imensa por sua postura ética e profissional.

Ao Doutor **MÁRIO FARINAZZO DE OLIVEIRA**, R5 em CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM), por ter apresentado os dados preliminares deste estudo, no 47º Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica - Vitória (ES). A minha gratidão pela postura ética e profissional com que acolheu este projeto, colaborando de forma imprescindível na coleta de dados nos vários ambulatórios.

À Doutora **FERNANDA ABIBI SOARES**, R4 em CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM), pela cordialidade, respeito e colaboração na coleta de dados nos vários ambulatórios.

Ao Doutor **MARCEL VINICIUS**, R5 em CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM), pela cordialidade e colaboração na coleta de dados nos vários ambulatórios.

À **CLAUDETE OLIVEIRA SILVA** e **JOSÉ CARLOS DA SILVA** (CASA DE CIRURGIA PLÁSTICA - UNIFESP-EPM), pela forma eficiente com que agendaram as consultas e o acesso dos pacientes que procuraram a rinoplastia, para a realização deste estudo. Meu profundo agradecimento.

À Doutora **MÁRCIA FONSI**, ENFERMEIRA (CASA DE CIRURGIA PLÁSTICA - UNIFESP-EPM), pelo acolhimento durante a coleta de dados no ambulatório de Rinoplastia.

Às SECRETÁRIAS, **SANDRA DA SILVA**, **MARTA REJANE** e **SILVANA APARECIDA DE ASSIS** da DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM), pela presteza com que comunicaram informações importantes, pela gentileza no atendimento, em todos os momentos necessários, e pela confiança que sempre depositaram em mim.

Ao **NUNO DE BRITO ROCHA**, ALUNO DE GRADUAÇÃO DO 4º ANO DE ARQUITETURA DA FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FAUUSP E DA TECHNISCHE UNIVERSITÄT BERLIN - TU BERLIN, meu agradecimento especial pela arte dos “recortes de sofrimento”, da tese e pela disponibilidade nas dúvidas da língua alemã.

Ao Doutor **LECY MARCONDES CABRAL**, CIRURGIÃO PLÁSTICO (UNIFESP-EPM), pelas sugestões nas minhas aulas, pela disposição em elucidar dúvidas e pela confiança em meu trabalho.

À **FABIANNE MAGALHÃES GIRARDIN PIMENTEL FURTADO**, FISIOTERAPEUTA e DOUTORANDA do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM), pela disponibilidade, solidariedade e respeito para com este projeto. Ao prestigiá-lo, prestigiou-me também. Meu especial agradecimento por todas as correções e pela sua presença no momento da pré-defesa.

Ao Doutor **LUÍS ANTONIO ROSSETTO DE OLIVEIRA** e ao Doutor **IVAN RENÉ VIANA OMONTE**, CIRURGIÕES PLÁSTICOS E DOUTORANDOS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM), pela disponibilidade nas sugestões deste trabalho na pré-defesa.

Aos **COLEGAS** do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM) pelas sugestões e pela cordialidade ao longo deste percurso.

Aos **RESIDENTES** da DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM) e a todos os **FUNCIONÁRIOS** do HOSPITAL SÃO PAULO que permitiram o atendimento dos pacientes deste estudo.

À Doutora **ANNY DE MATTOS BARROSO MACIEL** e ao Doutor **LEANDRO SAVOY DUARTE**, PSQUIATRAS, à **MAGDA LAURITA DA COSTA E ROGÉRIA OLIVEIRA TARAGANO**, PSICÓLOGAS, e à **ELAINE CRISTINA O'CARLI**, SECRETÁRIA (AMBULIM-IPQ/HCFMUSP), pelo grato acolhimento e pela colaboração no projeto Transtorno Dismórfico Corporal.

À Doutora **PAULA CRISTINA PINTO DE BRITO**, PROFESSORA DE PORTUGUÊS E LATIM (PORTUGAL) e à **BEATRIZ FERRARA CARUNCHIO**, PSICÓLOGA, pela disponibilidade e colaboração na análise do conceito transtorno dismórfico corporal em latim e grego.

À **MARGARETE ARAKELIAN**, PSICÓLOGA, por sua amizade. Pela paciência em escutar-me ao longo deste percurso de vida.

À inestimável sensibilidade da Professora Doutora **NELI REGINA SIQUEIRA ORTEGA**, PROFESSORA COLABORADORA DA DISCIPLINA DE MÉTODOS QUANTITATIVOS EM MEDICINA DA FMUSP, pela cuidadosa análise estatística dos dados. Pela amizade, pela paciência e pela solidariedade num dos percursos mais difíceis da minha vida.

Ao Doutor **MAURO ANGELO ALVES** (*Infinite Technical Translations*), por possibilitar que meus trabalhos fossem melhor traduzidos na língua inglesa. Meu agradecimento por sua postura ética e profissional, por sua cordialidade e disponibilidade.

Ao **SÍLVIO ROGÉRIO DA SILVA** do DEPARTAMENTO DE UROLOGIA (UNIFESP-EPM), pela disponibilidade nas dificuldades técnicas de informática.

À **DORALICE DE OLIVEIRA LIMA, FÁBIA BRADY SILVA, MARIA DA CONCEIÇÃO FERNANDES SILVA e DORA FONTES SANCHES GARCIA GRACIOTTI** (CLÍNICA PROFESSOR DOUTOR FÁBIO NAHAS), pela postura profissional e cordial com que sempre me atenderam ao longo deste percurso.

Ao Professor **SÉRGIO MIKIO KOYAMA** (FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FEAUSP), por sua inestimável colaboração na apresentação dos dados estatísticos deste estudo.

*Trago dentro do meu coração
Como num cofre que se não pode fechar de cheio
Todos os lugares onde estive
Todos os portos a que cheguei
Todas as paisagens que vi através de janelas ou vigias
Ou de tombadilhos, sonhando
E tudo isso, que é tanto, é pouco para o que eu quero.*

(Fernando Pessoa)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS	vi
LISTAS	xiv
RESUMO	xxiv
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVO.....	06
3 LITERATURA	08
4 MÉTODOS.....	38
5 RESULTADOS.....	50
6 DISCUSSÃO.....	85
7 CONCLUSÃO.....	124
REFERÊNCIAS.....	126
NORMAS ADOTADAS	148
ABSTRACT.....	150
APÊNDICES.....	152
ANEXOS.....	199
FONTES CONSULTADAS.....	220

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Valores médios da faixa etária, IMC e frequência por gênero nos três grupos de cirurgia plástica (N=300)	40
TABELA 2.	Comparação das características demográficas no grupo abdominoplastia (GA), em relação à presença de sintomas do TDC (<i>BDDE</i>)	42
TABELA 3.	Comparação das características demográficas no grupo rinoplastia (GR), em relação à presença de sintomas do TDC (<i>BDDE</i>).....	43
TABELA 4.	Comparação das características demográficas no grupo ritidoplastia (GRit), em relação à presença de sintomas do TDC (<i>BDDE</i>).....	43
TABELA 5.	Comparação das características clínicas no grupo abdominoplastia (GA), em relação à presença de sintomas do TDC (<i>BDDE</i>)	52
TABELA 6.	Comparação de variáveis de interesse no entre os SgA e SgAS	54
TABELA 7.	Comparação das características clínicas no grupo rinoplastia (GR), em relação à presença de sintomas do TDC (<i>BDDE</i>)	60

TABELA 8.	Comparação de variáveis de interesse entre os SgR e SgRS.....	62
TABELA 9.	Comparação das características clínicas no grupo ritidoplastia (GRit), em relação à presença de sintomas do TDC (<i>BDDE</i>)	68
TABELA 10.	Comparação de variáveis de interesse entre os SgRit e SgRitS	70
TABELA 11.	Comparação das características demográficas no grupo com sintomas do TDC (<i>BDDE</i>), categorizadas por tipo de cirurgia	160
TABELA 12.	Comparação das características clínicas no grupo com sintomas do TDC (<i>BDDE</i>), categorizadas por tipo de cirurgia	79
TABELA 13.	Comparação das variáveis de interesse nos SgAS, SgRS e SgRitS, categorizadas por tipo de cirurgia	81
TABELA 14.	Comparação das características demográficas e clínicas, no grupo com sintomas do TDC (<i>BDDE</i>), categorizadas por expressão da gravidade (moderado e grave)	161

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1.	Critérios de inclusão e exclusão	40
QUADRO 2.	Subgrupos de cada um dos três grupos cirúrgicos	41
QUADRO 3.	Características clínicas do TDC	41
QUADRO 4.	Critérios diagnósticos do transtorno dismórfico corporal (TDC), segundo o <i>DSM-IV-TR</i> TM	45
QUADRO 5.	Critérios diagnósticos do transtorno dismórfico corporal (TDC), segundo o <i>BDDE</i>	46
QUADRO 6.	Prevalência de sintomas do TDC	77
QUADRO 7A-C.	Dados demográficos do grupo rinoplastia (n=151)	163
QUADRO 8A-B.	Dados demográficos do grupo abdominoplastia (n=90)	166
QUADRO 9A-B.	Dados demográficos do grupo ritidoplastia (n=59)	168
QUADRO 10A-J.	Variáveis clínicas do grupo rinoplastia (n=151)...	170
QUADRO 11A-F.	Variáveis clínicas do grupo abdominoplastia (n=90)	180
QUADRO 12A-D.	Variáveis clínicas do grupo ritidoplastia (n=59) ...	186

QUADRO 13A-C.	Dados individuais do <i>BDDE</i> e classificação dos sintomas do TDC (sem sintomas, sintomas moderados e graves), no grupo rinoplastia (n=151).....	190
QUADRO 14A-B.	Dados individuais do <i>BDDE</i> e classificação dos sintomas do TDC (sem sintomas, sintomas moderados e graves), no grupo abdominoplastia (n=90).....	193
QUADRO 15A-B.	Dados individuais do <i>BDDE</i> e classificação dos sintomas do TDC (sem sintomas, sintomas moderados e graves), no grupo ritidoplastia (n=59).....	195
QUADRO 16.	Áreas de insatisfação corporal citadas pelos pacientes que apresentaram sintomas do TDC (<i>BDDE</i>), candidatos à abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia.....	197
QUADRO 17.	Procedimentos estéticos procurados, pelo grupo de pacientes que apresentou sintomas do TDC (<i>BDDE</i>), em cada um dos procedimentos cirúrgicos	198

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACRÔNIMOS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EPM	Escola Paulista de Medicina
EUA	Estados Unidos da América
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

ACRÔNIMOS CIENTÍFICOS, SÍMBOLOS E UNIDADES DE MEDIDA

%	Porcentagem
5-HT	5-hidroxitriptamina
a.C	antes de Cristo
ACSS	<i>Acceptance of Cosmetic Surgery Scale</i>
Appearance-RS	<i>Scale Appearance-based Rejection Sensitivity</i>
BABS	<i>Brown Assessment of Beliefs Scale</i>
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>

<i>BDD</i>	<i>Body Dysmorphic Disorder</i>
<i>BDDE</i>	<i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i>
<i>BDDE-SR</i>	<i>Body Dysmorphic Disorder Examination-Self-Report</i>
<i>BDDQ</i>	<i>Body Dysmorphic Disorder Questionnaire</i>
<i>BDI</i>	<i>Beck Depression Inventory</i>
<i>BIDQ</i>	<i>Body Image Disturbance Questionnaire</i>
<i>BSQ</i>	<i>Body Shape Questionnaire</i>
<i>CES-D</i>	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>
<i>CID</i>	<i>Classificação Internacional de Doenças</i>
<i>CSW</i>	<i>Contingencies of Self-Worth</i>
<i>DCQ</i>	<i>Dysmorphic Concern Questionnaire</i>
<i>DSM-IV-TR</i>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision</i>
<i>EMBASE</i>	<i>Excerpta Medical Database</i>
<i>GHQ-12</i>	<i>General Health Questionnaire</i>

HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HARS	<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>
HDRS	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
HRQL	<i>Scale, Health-Related Quality of Life</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
kg/m²	Quilo por metro quadrado
LIFE-RIFT	<i>Range of Impaired Functioning Tool</i>
MASC-10	<i>Multidimensional Adolescent Anxiety Scale – Short Version</i>
MBSRQ	<i>Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MINI	<i>Mini-International Neuropsychiatric Interview</i>
MOCI	<i>Maudsley Obsessive Compulsive Inventory</i>
NOSE	<i>Nasal Obstruction Symptom Evaluation</i>
PIBIC	<i>Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica</i>

<i>PubMed</i>	<i>National Library of Medicine's Online Database Of Bibliographic Citations</i>
<i>Q-LES-Q</i>	<i>Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire</i>
<i>RADS</i>	<i>Reynolds Adolescent Depression Scale</i>
<i>RSE</i>	<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>
<i>RSQ</i>	<i>Rejection Sensitivity Questionnaire</i>
<i>SAS-SR</i>	<i>Social Adjustment Scale Self-Report</i>
<i>SCID</i>	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders</i>
<i>SCID-I</i>	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i>
<i>SCID-II</i>	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders</i>
<i>SCID-I/P</i>	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition</i>
<i>SDS</i>	<i>Sheehan Disability Scale</i>
<i>SF-36</i>	<i>Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form</i>

SOFAS	<i>Social and Occupational Functioning Assessment Scale</i>
SPS	<i>Suicide Probability Scale</i>
TA	Transtornos da Alimentação
TCI	<i>Temperament and Character Inventory</i>
TDC	Transtorno Dismórfico Corporal
TM	<i>Trade Mark</i>
TSCC	<i>Trauma Symptom Checklist for Children and Adolescent</i>
YBOCS-BDD	<i>Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder</i>

RESUMO

RESUMO

INTRODUÇÃO: O transtorno dismórfico corporal (TDC), e a comorbidade com outros transtornos mentais podem comprometer a percepção da forma de partes do corpo levando à insatisfação do paciente que, por vezes, procura o cirurgião plástico. **OBJETIVO:** Identificar o grau de insatisfação com a aparência física e a prevalência de sintomas do TDC em população candidata a três procedimentos de cirurgia plástica. **MÉTODOS:** Distribuiu-se 300 pacientes de ambos os gêneros, em três grupos: abdominoplastia (n=90), rinoplastia (n=151) e ritidoplastia (n=59). Cada grupo foi dividido em dois subgrupos: pacientes sem sintomas do TDC (n=39; n=72; n=34) e com sintomas (n=51; n=79; n=25), segundo o *Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*, administrado no pré-operatório. **RESULTADOS:** A prevalência de sintomas do TDC nos pacientes do grupo abdominoplastia foi de 57%, no grupo rinoplastia 52% e no grupo ritidoplastia foi de 42%. Houve associação entre sintomas do TDC, grau de insatisfação corporal e inibição da sexualidade, nos três grupos cirúrgicos. O grupo abdominoplastia revelou mais insatisfação com a aparência e maior proporção de sintomas do TDC, do que os outros grupos. No grupo ritidoplastia identificou-se maior proporção de sintomas graves (64%), quando comparado ao de abdominoplastia (59%) e rinoplastia (38%). **CONCLUSÃO:** Os pacientes candidatos aos três procedimentos de cirurgia plástica apresentaram prevalência alta de sintomas de TDC. O grupo abdominoplastia revelou maior grau de insatisfação corporal e mais sintomas de TDC, o grupo rinoplastia apresentou menor proporção de casos graves e o grupo ritidoplastia maior proporção de casos graves.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Os padrões estéticos de beleza moldam pensamentos que, por um lado, levam a um aumento da demanda por cirurgias plásticas e, por outro, à discrepância entre o que é concebido como ideal e a realidade pessoal. Assim, a procura por procedimentos nessa especialidade médica pode ser uma estratégia adaptativa numa cultura que valoriza a aparência física (SARWER & CRERAND, 2004; CASH, SANTOS, WILLIAMS, 2005).

Embora a percepção da beleza seja essencialmente subjetiva, parece relacionar-se a especificidades culturais que influenciam o conceito da atração física. Além disso, quanto mais esse aspecto influencia o valor social atribuído ao indivíduo, mais a importância da satisfação estética da aparência cresce e a preocupação e avaliação da imagem corporal mostra-se insistente (CASH *et al.*, 2004; FONTENELLE *et al.*, 2006; SARWER & CRERAND, 2008).

Segundo o AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (2000) (DSM-IV-TRTM), o transtorno dismórfico corporal (TDC) é caracterizado por uma preocupação excessiva com um defeito percebido, ou uma pequena falha na aparência física. Essa preocupação, pelo grau de sofrimento, perturba e compromete as relações afetivas, sociais e profissionais, empobrecendo a qualidade de vida do indivíduo (PHILLIPS *et al.*, 2005a; RIEF *et al.*, 2006; PHILLIPS *et al.*, 2008). Aspectos neurobiológicos, psicológicos e socioculturais estão envolvidos na etiologia multifatorial desse transtorno (FEUSNER, YARYURATOBIA, SAXENA, 2008; PAVAN *et al.*, 2008). Trata-se de um transtorno

mental crônico (PHILLIPS *et al.*, 2006) que, geralmente, manifesta-se no início da adolescência, e que afeta ambos os gêneros (BOHNE *et al.*, 2002). Características impulsivas associam-se ao TDC e podem potencializar, nesses pacientes, alguns comportamentos de risco, como, por exemplo, a busca obsessiva por procedimentos estéticos, comportamentos auto e heteroagressivos de abuso de substâncias como álcool e drogas, transtornos da alimentação, gastos excessivos, repetidas hospitalizações, ideação e tentativas de suicídio (PHILLIPS & DUFRESNE, 2000; GRANT & PHILLIPS, 2005; PHILLIPS *et al.*, 2005b; CONROY *et al.*, 2008; NEZIROGLU & CASH, 2008; PAVAN *et al.*, 2008), traduzindo, assim, o nível de sofrimento.

Entretanto, o reconhecimento do diagnóstico do TDC, na prática clínica de cirurgia plástica, pode ser um desafio (MACKLEY, 2005; JAKUBIETZ *et al.*, 2007; TIGNOL *et al.*, 2007; PECORARI *et al.*, 2010). Um dos propósitos da Cirurgia Plástica é a correção de traços morfológicos rejeitados pelo paciente, tendo como alvo abrangente a melhora da qualidade de vida (NAHAS, 2001ab; Ferraro, Rossano, D'Andrea, 2005; CHAHRAOUI *et al.*, 2006; DE BRITO *et al.*, 2010). Indivíduos portadores de TDC, frequentemente procuram procedimentos na cirurgia plástica, para corrigir o suposto defeito físico e melhorar a extrema insatisfação com sua aparência (ALTAMURA *et al.*, 2001; MÜHLBAUER, HOLM, WOOD, 2001; VEALE, 2004; HODGKINSON, 2005; SARWER *et al.*, 2005; BELLINO *et al.*, 2006; RIEF *et al.*, 2006; ENDE, LEWIS, KABAKER, 2008), sendo que, a prevalência do TDC, nesses pacientes, varia entre 7 e 15% (GLASER, KAMINER, 2005; CRERAND, FRANKLIN, SARWER, 2006; ZUCKERMAN &

ABRAHAN, 2008; MALICK, HOWARD, KOO, 2008; SARWER & CRERAND, 2008).

Embora a cirurgia plástica seja contraindicada para pacientes com diagnóstico de TDC (PHILLIPS *et al.*, 2001; CASTLE, HONIGMAN, PHILLIPS, 2002; FLAGEUL, GODEFROY, LACOEUILHE, 2003; HONIGMAN, PHILLIPS, CASTLE, 2004), estudos consideraram associá-la ao tratamento farmacológico e psicológico do paciente (VEALE, 2004; ENDE, LEWIS, KABAKER, 2008; FIORI & GIANNETI, 2009).

Sabendo-se que a insatisfação corporal é o principal sintoma do TDC e que, esse aspecto e a comorbidade com outros transtornos mentais (GODART *et al.*, 2000; SPINDLER & MILOS, 2007) poderiam comprometer a percepção do resultado em termos de satisfação (MOWLAVI *et al.*, 2000), a sua avaliação, anteriormente ao procedimento de cirurgia plástica tornar-se-ia essencial. Além disso, a aplicação padronizada de métodos de avaliação, bem como a identificação de alterações psicológicas antes da intervenção cirúrgica, poderia garantir melhor acesso e tratamento para essa população de pacientes. Por outro lado, o conhecimento do cirurgião plástico quanto a alternativas de tratamentos psicológico e psiquiátrico do TDC, no período de seleção, promoveria a validação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tanto para o paciente quanto para o cirurgião, evitando eventuais demandas judiciais, emocionalmente desgastantes, para as partes envolvidas (NACHSHONI & KOTLER, 2007; DA SILVA *et al.*, 2010).

A revisão da literatura, deste estudo, não revelou pesquisas relacionando o TDC com cirurgia plástica no Brasil. Assim, considerando-se a sua relevância em pacientes candidatos à cirurgia plástica, torna-se importante a realização de estudos que permitam a identificação deste transtorno no período pré-operatório.

OBJETIVO

2. OBJETIVO

Identificar o grau de insatisfação com a aparência física e a prevalência de sintomas do transtorno dismórfico corporal em população candidata à abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia.

LITERATURA

3. LITERATURA

3.1 HISTÓRICO DO CONCEITO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Etimologicamente, *dysmorphophobia* deriva do grego *dysmorphia*, que significa feiura, particularmente em relação à face (*dys-* δυσ- gr. 'dificultad' + *morph-* μορφή gr. 'forma' + *-o-* gr. + *-phobíā* -φοβία gr. 'temor', 'evitación') (MACHADO, 2003; PHILIPS, 2009).

A palavra feiura provém do latim *foedus* — feio ou repugnante aos olhos (TUFTS UNIVERSITY, 2011). *Hässlichkeit*, feiura em alemão, vem de *hässlich* (feio), que deriva de *Hass* (ódio). Desta forma, o que é feio causa repugnância, vergonha, dor e desperta ódio (HOEPNER, KOLLERT, WEBER, 2001).

Dismorfia é o mesmo que deformidade (HOUAISS, 2009). Na Psiquiatria e Psicologia o termo é designado para definir a discrepância, ou diferença, entre aquilo que a pessoa acredita ser (em termos de imagem corporal) e aquilo que realmente é (PHILIPS, 2009).

HALICARNASO & POU (2006) traduziram do grego para o espanhol as histórias de Heródoto — historiador, nascido no século V a.C —, nas quais se encontrou a primeira referência do conceito *dysmorphia*. Em suas viagens, Heródoto coletava histórias dos locais por onde passava, principalmente, das que falavam de pessoas ricas e importantes do lugar. Numa dessas histórias referiu-se ao mito da mulher mais feia de Esparta que, depois de ser tocada por uma deusa, tornou-se a mais bonita de todas as espartanas, casando-se com o rei de Esparta. Heródoto relatou que a enfermeira levaria a criança ao santuário de Helena todos os dias, colocando-a diante da estátua, e rezaria para que a livrasse da aparência doente (HALICARNASO & POU, 2006; PHILIPS, 2009).

JANET (1919), psiquiatra francês, fez referência ao conceito, quando descreveu o caso de uma paciente do gênero feminino, 38 anos, que não saiu de casa durante cinco anos, por acreditar que tinha bigode. Achava que era ridicularizada, e motivo de críticas e julgamentos negativos, por parte dos vizinhos. Relatou-a como um caso de *l'obsession de la honte du corps* (obsessão da vergonha do corpo), enfatizando o extremo desconforto com a própria aparência. O tratamento consistia em exercícios de atenção e motivação para combater a timidez dessa paciente. JANET observou ainda que, a obsessão da vergonha do corpo era uma das formas de obsessão mais interessantes e que deveria ser diferenciada de outros quadros mentais como a anorexia e a histeria. Segundo o autor, essa distinção era importante tanto para o tratamento quanto para o prognóstico.

KRAEPELIN (1909 apud VEALE & NEZIROGLU, 2010), psiquiatra alemão, classificou o fenômeno que denominou de *dysmorphophobic syndrome*, como *compulsive neurosis*, no capítulo *Die Zwangsneurose*. Considerou a dismorfofobia uma das formas clínicas da série de medos obsessivos que surgiam do contato com outras pessoas.

Alguns doentes não podem deixar a ideia de que têm alguma coisa ridícula ou acentuada, estranha em si, como por exemplo, um nariz estranhamente formado, pernas tortas, um cheiro repugnante, que despertam a atenção e o escárnio das pessoas que se encontram com elas (...) (KRAEPELIN, 1909 apud VEALE & NEZIROGLU, 2010, p.34).

FREUD (1996), neurologista, fundador da psicanálise, escreveu sobre essa condição ao publicar o caso clínico do paciente *Serguéi Constantinovitch Pankejeff*, um aristocrata russo, que ficou conhecido como o “Homem dos Lobos” — um paciente obcecado com o nariz e que apresentava intenso sofrimento. Classificou o quadro como *hypochondriacal paranoia*.

KNORR, EDGERTON, HOOPES (1967) escreveram sobre a deformidade mínima e a insatisfação de alguns pacientes em cirurgia plástica, classificando-os de *insatiable patients* (pacientes insaciáveis). Relataram que esses pacientes, geralmente, solicitavam múltiplas cirurgias para corrigir defeitos imperceptíveis, ou inexistentes. Esses pacientes apresentavam grande insatisfação com os resultados após a cirurgia, apesar de tecnicamente adequados.

HAY (1970a) publicou um dos primeiros artigos sobre dismorfofobia. Relatou os nomes e os vários conceitos de estudiosos que, ao longo do tempo, identificaram essa condição. Avaliou 17 pacientes com queixas de dismorfofobia e comparou-os com um grupo controle. Concluiu que eram psicologicamente alterados quando comparados ao grupo controle. Assinalou o tipo de personalidade (indivíduos perfeccionistas, introvertidos, inseguros e emotivos) como preditor de sintomas de dismorfofobia. Os casos foram descritos com o relato do próprio paciente, observação clínica do médico e diagnóstico, permitindo identificar as principais características clínicas da enfermidade, dentre as quais o desejo de procedimentos de cirurgia plástica e o risco de suicídio. A cirurgia plástica foi contraindicada para esses pacientes. Apontou que a dismorfofobia poderia ser um sintoma do início de esquizofrenia, de transtornos de personalidade com ideias sobrevalorizadas, transtornos do humor com despersonalização e depressão, transtorno obsessivo compulsivo e fobias. Concluiu que a dismorfofobia era um sintoma não específico, que poderia ocorrer em diferentes síndromes psiquiátricas.

ANDREASEN & BARDACH (1977) escreveram que a dismorfofobia — um sentimento subjetivo de feiura numa pessoa com aparência normal — embora fosse observada em pacientes que buscavam a cirurgia plástica, não constava dos principais sistemas de diagnóstico psiquiátrico. Apresentaram dois relatos de caso e sugeriram o aprofundamento de pesquisas em casuísticas maiores, para determinar se a dismorfofobia era o sintoma de uma doença, ou a doença em si, com critérios diagnósticos específicos. Assinalaram o fato de que, apesar do termo dismorfofobia ser utilizado na

psiquiatria do leste europeu e da Rússia, era ainda desconhecido para psiquiatras americanos, revelando o despreparo dos médicos no atendimento desses pacientes. Assim, essa importante síndrome, segundo os autores, mereceria uma descrição na literatura psiquiátrica americana, para que pudesse ser estudada de forma mais cuidadosa e suas estatísticas de diagnóstico mais precisamente determinadas. Acrescentaram que, em seus atendimentos clínicos, aproximadamente dois por cento dos pacientes que buscavam procedimentos de cirurgia plástica, apresentavam esta condição. Relataram características essenciais desses pacientes como crenças, experiência subjetiva da deformidade, percepções de autorreferência, grau de sofrimento e comprometimento do funcionamento afetivo, social e profissional, bem como o desejo de procedimentos de cirurgia plástica. Pacientes jovens e perfeccionistas com traços de personalidade narcisista e esquizóide foram associados à síndrome e, geralmente, os sintomas apresentados por esse perfil de pacientes, não os incluía no diagnóstico de psicose. Contraindicaram o procedimento de cirurgia plástica, pois consideraram que mudanças físicas não afetariam o defeito de cunho meramente emocional.

PHILLIPS (1991), em revisão na literatura, afirmou que conceitos descreveram o TDC antes da entrada na nosologia psiquiátrica, como *schönheitshypochondrie* (hipocondria da beleza) e *hässlichkeitskümmern* (alguém que teme ser feio) por Jahrreiss, em 1930; e *dermatological hypochondriasis* (hipocondria dermatológica) por Zaidens, em 1950, para descrever os pacientes que focavam os defeitos percebidos na pele e cabelo.

MORSELLI & JEROME (2001) traduziram um artigo, a partir dos escritos de Enrico Morselli em 1886, sobre dismorfofobia e tafefobia: *Sulla Dismorfofobia e sulla Tafefobia: due forme non per anco descritte di Pazzia con idee fisse* — duas formas de loucura que ainda não haviam sido descritas. A publicação, em 1891 no *Bolletino dell'Accademia Medica di Genova*, perpetuou-o na história da Psiquiatria, sendo reconhecida pela maior parte dos pesquisadores do TDC como a primeira descrição do quadro da dismorfofobia. A dismorfofobia representava um sentimento subjetivo de feiura, ou de um defeito físico que o paciente considerava que era notado por outros, apesar de sua aparência normal. O aparecimento súbito e a fixação da ideia de sua própria deformidade, o medo de estar ou tornar-se deformado (*dysmorphos*), bem como a vivência desse pensamento desencadeavam um sentimento de indescritível ansiedade (*ansietà*) e caracterizaram a dismorfofobia:

Ele teme ter ou estar desenvolvendo uma compressão, achatamento na testa, um nariz ridículo, pernas tortas, etc. Desta forma, ele constantemente se examina no espelho, sente sua testa, mede o comprimento do seu nariz, examina minúsculos defeitos em sua pele, ou mede as proporções do seu tronco ou a retidão de seus membros, e somente depois de um certo período de tempo, tendo se convencido de que isso não aconteceu, é capaz de se livrar do estado de dor e angústia em que o ataque o coloca. Mas se não houver um espelho à mão, ou se ele for impedido de silenciar suas dúvidas de uma forma ou de outra por meio de algum mecanismo ou movimentos dos mais estranhos tipos, (...), o ataque não termina muito rápido, mas pode alcançar uma intensidade muito dolorosa, até mesmo ao ponto do pranto e desespero (MORSELLI & JEROME, 2001, p.108).

Segundo MORSELLI & JEROME (2001), a dismorfofobia para Morselli era uma insanidade com ideias fixas, ou uma forma de *paranoia rudimentaria*, cuja fenomenologia subjacente era essencialmente fóbica e que podia ser causada por disfunção das funções neuropsíquicas. Referiu, ainda, que as hipóteses etiológicas relacionavam-se a uma base constitucional. Observava-se, principalmente, na insanidade com ideias fixas a dissociação mórbida dos elementos psicológico e fisiológico:

(...) o estado psíquico que caracteriza esta forma de insanidade — seja de ideação, ou de sentimento, ou de impulso — rompe do fundo do inconsciente e movendo-se com veemência e grande força para dentro do campo perceptivo, organiza-se para dominar a consciência e para inibir a entrada de qualquer outro estado psicológico que possa fazer oposição a ele (MORSELLI & JEROME, 2001, p.114).

MÜHLBAUER, HOLM, WOOD (2001) destacaram um subgrupo de pacientes que sofria com o chamado complexo de *Thersites*, em que um defeito físico mínimo causava significativa angústia. *Thersites* referia-se à figura do soldado *Thersites*, descrito por Homero na *Iliada*, como o “homem mais feio e insolente daquele lugar”. Pacientes com TDC tendiam, inicialmente, a procurar o cirurgião plástico para amenizar a deformidade e aliviar o seu sofrimento por meio da correção cirúrgica. Geralmente, a psicoterapia era recusada e ineficiente. Afirmaram que os cirurgiões plásticos deveriam conhecer esse transtorno mental em seus pacientes, no momento da consulta. Acrescentaram que a maioria desses pacientes deveria ser excluída no pré-operatório de uma cirurgia plástica. Entretanto, assinalaram que, aqueles inclusos na categoria do complexo de *Thersites*

poderiam ser candidatos à operação com especial cuidado. Apenas um cirurgião plástico experiente deveria tomar a decisão para operar nessa situação.

PHILLIPS *et al.* (2010) assinalaram que o TDC era um fenômeno que possuía longa tradição histórica na literatura especializada, com autores tidos como clássicos na sua descrição — Morselli, Janet, Kraepelin e Freud, sob os mais diversos nomes. A dismorfofobia foi incluída na nosologia psiquiátrica, como transtorno somatoforme atípico, após a publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), pela ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (1980). Mas adquiriu critérios diagnósticos somente em 1987, quando passou a ser denominada TDC e descrita como transtorno somatoforme (DSM-III-R). O *DSM-IV-TR*TM e a Classificação Internacional de Doenças (CID10) eram considerados os principais sistemas de classificação da psiquiatria ocidental. Embora existissem estudos e descrições clínicas de dismorfofobia na Europa, desde a década de 70, o conceito não representava uma entidade nosológica, independente na CID-10, sendo incluído na categoria de hipocondria (F45.2). Entretanto, os autores procuraram conceituar e operacionalizar características clínicas essenciais do TDC, na elaboração do DSM-V.

3.2 ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DO TDC

PHILLIPS *et al.* (2000) avaliaram 268 pacientes (187 mulheres e 81 homens) com TDC, que procuraram tratamento dermatológico. Desses pacientes, 118 vieram dos ambulatórios de Dermatologia da população geral e 150 dos ambulatórios de Cirurgia Estética Dermatológica do Hospital Universitário. O instrumento utilizado foi o *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDQ). Concluíram que 11,9% estavam incluídos nesses critérios. Os resultados foram semelhantes nos dois grupos. Concluíram que o transtorno mental era comum em pacientes que procuravam tratamento dermatológico.

ALTAMURA *et al.* (2001) definiram as características demográficas e clínicas do TDC em 487 indivíduos de centros hospitalares de Medicina Estética, distribuídos em três partes: grupo com TDC (6,3%), subgrupo clínico com TDC - considerados os pacientes, cujos sintomas não induziam a significativo prejuízo na qualidade de vida – (18,4%), e grupo controle. Foram utilizados o *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) e *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder* (BDD-YBOCS). A ideação suicida foi maior no grupo TDC (49,7%), do que no subgrupo (12,1%). Segundo os autores, pacientes com esse transtorno não reconheciam suas crenças, que estariam relacionadas à doença mental. Por isso, procuravam mais tratamentos estéticos, do que serviços de atendimento psiquiátrico. Além disso, afirmaram que a existência de características subclínicas poderia dificultar a prevalência do TDC.

BOHNE *et al.* (2002) investigaram a prevalência do TDC em 133 estudantes universitários alemães, sendo 73,7% do gênero feminino. Foram aplicados os instrumentos *BDDQ*, *Beck Depression Inventory (BDI)*, *Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)* e *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)*. Dos 133 pacientes, sete (5,3%) foram incluídos nos critérios diagnósticos do TDC. Cinco (71,4%), dos sete pacientes com o transtorno mental, eram mulheres. Não foram encontradas diferenças em relação às idades, em estudantes com o diagnóstico de TDC. Entretanto, foram assinaladas diferenças entre os estudantes com e sem o transtorno, quanto ao número de sintomas do transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Um dos estudantes diagnosticados reportou conduta autolesiva (*skin picking*). Distúrbios da imagem corporal foram associados à baixa autoestima, sintomas depressivos e TOC. Concluiu-se que o TDC era frequente em estudantes universitários e que afetava, igualmente, os gêneros feminino e masculino.

CANSEVER *et al.* (2003) estudaram as características clínicas do TDC em 420 estudantes universitárias, na Turquia. Utilizaram o *Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)* e o *Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID)*. A insatisfação com a aparência foi observada em 43% das estudantes, sendo 4,8% diagnosticadas com TDC. Cabeça, face e quadris foram as áreas mais citadas de insatisfação corporal. Concluíram que o índice de prevalência dos sintomas poderia ser influenciado por fatores culturais e que o TDC, quando presente, não seria a razão principal para procurar tratamento. Sugeriram estudos de

prevalência do TDC em outras populações, com diferentes características culturais.

PHILLIPS *et al.* (2005b) realizaram um estudo do curso do TDC, prospectivo e longitudinal, em 200 pacientes a partir de 12 anos de idade. Utilizaram como instrumentos o *SCID, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II), *BDD-YBOCS, Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR), Range of Impaired Functioning Tool (LIFE-RIFT)* e *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)*. Concluíram que, indivíduos com TDC apresentaram altas taxas de ideação suicida (78%) e tentativas de suicídio (27,5%), que foram correlacionadas tanto ao grau de comprometimento psicossocial provocado pela doença, como à comorbidade com outros transtornos psiquiátricos. Em 70,5% dos indivíduos com ideação suicida, e em mais da metade das tentativas de suicídio, o TDC era primário. Relataram, ainda, que indivíduos com TDC não costumavam revelar seus sintomas ao médico.

HEPBURN & CUNNINGHAM (2006) estudaram o TDC em pacientes que buscaram tratamento ortodôntico (n=40) e na população geral (n=70), com idades a partir de 18 anos. Utilizaram o instrumento *BDD-YBOCS*. O transtorno foi diagnosticado em 2,86% da população geral e em 7,5% dos pacientes ortodônticos. Na população geral relacionava-se a preocupações com o peso. Já nos pacientes ortodônticos, as principais queixas associavam-se à face, ou aos dentes. Concluíram que era importante compreender a imagem corporal e identificar pacientes ortodônticos com TDC que, raramente, satisfaziam-se com os resultados e deveriam ser adequadamente encaminhados em seu tratamento.

DYL *et al.* (2006) investigaram a prevalência e características clínicas no TDC, transtornos da alimentação (TA) e preocupações significantes com a imagem corporal, em 208 adolescentes, com idades compreendidas entre 12 e 17 anos, internados na unidade de atendimento psiquiátrico. Completaram os instrumentos *BDDQ*, *Suicide Probability Scale* (SPS), *Reynolds Adolescent Depression Scale* (RADS), *Multidimensional Adolescent Anxiety Scale – Short Version* (MASC-10) e *Trauma Symptom Checklist for Children and Adolescent* (TSCC). Os resultados indicaram que 6,7% dos participantes incluíam-se nos critérios diagnósticos do TDC, 3,8% nos transtornos da alimentação e 22,1% apresentaram significativa preocupação com a forma e peso corporal, mas não se incluíam nos critérios para TDC e TA. Os pacientes obtiveram escores significativamente mais altos para sintomas de ansiedade, depressão, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos dissociativos, preocupação e angústia em relação à sexualidade, e suicídio, do que aqueles que não tinham preocupações com a imagem corporal.

RIEF *et al.* (2006) relataram que estudos de prevalência com base em critérios diagnósticos do TDC eram raros. Assim, o propósito desse estudo foi revelar a prevalência do TDC na população geral e examinar as características clínicas associadas ao transtorno. Participaram dessa pesquisa, na Alemanha, 2552 indivíduos, com idades compreendidas entre 14 e 99 anos. Concluíram que a prevalência de TDC foi de 1,7%. Indivíduos diagnosticados apresentaram taxas altas de ideação suicida (19%) e tentativa de suicídio (7%) devido a preocupações com a aparência, quando comparados àqueles sem o transtorno. A presença do diagnóstico

do TDC foi correlacionada à menor renda financeira, menores possibilidades de viver com um parceiro e maiores taxas de desemprego. Assinalaram que o TDC era relativamente comum e associado a significativa morbidade e que, muitos indivíduos diagnosticados, procuravam procedimentos de cirurgia plástica.

CONROY *et al.* (2008) determinaram a prevalência do TDC e características clínicas em 100 pacientes internados na unidade de atendimento de Psiquiatria. Utilizaram três instrumentos autoadministrados: *BDDQ*, *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) e *Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition* (SCID-I/P). O TDC foi diagnosticado em 16% da casuística. Os pacientes afirmaram que não revelavam seus sintomas por vergonha, medo de serem julgados negativamente e de que seus sintomas não fossem compreendidos. Essas razões eram consistentes com a observação clínica, quando o TDC era banalizado, ou confundido com vaidade, mostrando a importância da triagem específica do transtorno. Os pacientes diagnosticados eram mais jovens e apresentaram mais sintomas depressivos.

FEUSNER, YARYURA-TOBIAS, SAXENA (2008) referiram que o TDC era uma condição grave, muitas vezes, incapacitante e que afetava 2% da população. Entretanto, apesar da prevalência e significado clínico, muito pouco se conhecia acerca da fisiopatologia do TDC. Os autores fizeram uma revisão de estudos de neuroimagem, neuropsicológicos e psicofarmacológicos, lesões cerebrais e de genética, numa tentativa de desenvolver um modelo da neuroanatomia funcional do TDC. Ao observar

estímulos que provocavam a ativação cerebral, quando ocorria o processamento da percepção visual, emocional e da imagem corporal, relataram que havia um complexo interjogo de disfunções em várias redes cerebrais, ou distintos circuitos de funcionamento do cérebro, que se relacionaria à fisiopatologia do TDC, produzindo seus sintomas e déficits neurocognitivos. Assinalaram, ainda, que pacientes após lesão em regiões específicas do cérebro, desenvolviam sintomas de TDC.

TAQUI *et al.* (2008) estudaram 156 estudantes de medicina da Universidade de Karachi, no Paquistão, sendo que 57,1% eram mulheres. Utilizaram *Body Image Disturbance Questionnaire* (BIDQ). Um total de 78,8% dos estudantes relataram insatisfação com algum aspecto da sua aparência e 5,8% foram incluídos nos critérios diagnósticos do TDC. Os homens concentraram suas queixas no cabelo (34,3%), preocupação com peso (32,8%), pele (14,9%) e nariz (14,9%), enquanto as mulheres preocuparam-se mais com o aumento do peso (40,4%), pele (24,7%) e com os dentes (18%). As mulheres manifestaram maior preocupação pelo fato de serem gordas e os homens por serem magros. Essas diferenças, entre os gêneros, foram relacionadas à influência de fatores culturais na percepção da imagem corporal. Relataram que o TDC encontrava-se no final do espectro da alteração da imagem corporal e assinalaram esse nível de gradação como possibilidade de sua identificação. Segundo os autores, os critérios diagnósticos do TDC aplicaram-se nessa população estudada, com alta prevalência em homens.

KORAN *et al.* (2008) relataram que o chamado conceito TDC caracterizava-se por uma preocupação angustiante com um pequeno, ou

imaginado defeito na aparência, e que se associava a significante sofrimento, tentativas de suicídio e redução da qualidade de vida. Para melhor estabelecer sua importância, na saúde pública dos EUA, foi realizada uma pesquisa em 2048 indivíduos. A prevalência do TDC foi de 2,4%. Dentre os que foram incluídos no TDC, 90% (n=45/49) foram qualificados de acordo com a angústia, e 51% (n=25/49) de acordo com o grau de prejuízo na qualidade de vida. As regiões corporais específicas de maior insatisfação, mencionadas pelos homens, foram o cabelo e, pelas mulheres, o estômago. Os resultados sugeriram que a preocupação excessiva e negativa com a aparência física associava-se mais ao sofrimento autorrelatado, do que à interferência no funcionamento psicossocial do indivíduo.

BUHLMANN *et al.* (2010) investigaram a prevalência do TDC, no suicídio e em procedimentos de cirurgias plásticas, de 2510 indivíduos que participaram de uma pesquisa na Alemanha. A prevalência do TDC foi de 1,8%. Indivíduos diagnosticados com TDC referiram maior histórico de procedimentos de cirurgias plásticas (15,6%) do que aqueles que não tinham o transtorno (3%), bem como taxas altas de ideação (31%) e tentativas de suicídio devido à insatisfação com a aparência física (22%). Concluíram que o TDC era um transtorno comum associado a significante morbidade.

3.3 INSATISFAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E CIRURGIA PLÁSTICA

PERTSCHUK *et al.* (1998), em estudo prospectivo, investigaram a insatisfação com a imagem corporal de 30 pacientes do gênero masculino que buscaram os ambulatórios de cirurgia plástica, com a aplicação de dois instrumentos: *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ) e *Body Dysmorphic Disorder Examination-Self-Report* (BDDE-SR). Os resultados foram comparados com a população geral e com 30 mulheres que procuraram o mesmo tipo de procedimento cirúrgico. Concluíram que os pacientes não demonstraram insatisfação com a aparência de uma forma geral, quando comparados com a população do mesmo gênero. Entretanto, pacientes do gênero feminino, reportaram grau elevado de insatisfação, em relação a regiões específicas do corpo, que motivou a procura de procedimentos de cirurgia plástica. Foram identificados mais sintomas do TDC nos 30 pacientes do estudo, do que nos homens pertencentes ao grupo da população em geral. Um dos pacientes do estudo foi incluído no critério diagnóstico do TDC. As mulheres avaliadas apresentaram maior insatisfação com a aparência física, quando comparadas aos homens da casuística. Entretanto, não foram observadas diferenças nos dois grupos quanto aos sintomas do TDC e queixas da imagem corporal. A cirurgia mais procurada foi a rinoplastia e a ritidoplastia, seguida de lipoaspiração e abdominoplastia. Concluíram que a imagem corporal foi um aspecto importante para a compreensão do perfil de pacientes atendidos em cirurgia plástica.

PHILLIPS & DUFRESNE (2000) dissertaram sobre a definição e características clínicas do TDC, enquanto roteiro para cirurgiões plásticos e dermatologistas — pacientes com o transtorno procuravam esses profissionais com frequência. Referiram que, embora o TDC fosse um transtorno comum, geralmente, não era diagnosticado na prática médica, e consistia de preocupação excessiva com um defeito imaginado, ou mínimo na aparência física, provocando angústia e prejuízo nos aspectos social e emocional. Esses pacientes tinham a qualidade de vida prejudicada e apresentavam altos índices de tentativas de suicídio. As regiões de insatisfação mais comuns eram as da pele, cabelo e nariz. Os médicos deveriam identificar alguns comportamentos associados como *skin picking*, uso do espelho, evitação e camuflagem, busca e reassuramento de suas preocupações. Apesar da escassez de estudos sobre os efeitos dos procedimentos de cirurgia plástica e dermatologia, no tratamento desse perfil de pacientes, os autores contraindicaram a cirurgia plástica. Recomendaram a terapia cognitiva comportamental e farmacológica (5-hidroxitriptamina, 5-HT) e sugeriram triagens e pesquisas do TDC.

PHILLIPS *et al.* (2001), em estudo retrospectivo, investigaram a presença de tratamentos não psiquiátricos em 289 indivíduos (250 adultos e 39 adolescentes) diagnosticados com TDC pelo *SCID*, que participavam do programa de atendimento mental. Concluíram que, a maioria dos adultos (66%) procurou tratamento não psiquiátrico para as falhas percebidas na aparência física. A especialidade mais procurada foi a Dermatologia, seguida de Cirurgia Plástica. O procedimento mais comum foi a rinoplastia, seguido de mentoplastia e mamoplastia. Os adolescentes procuraram mais

tratamentos odontológicos do que cirurgia plástica. Apenas 7,3%, de todos os tratamentos, levaram à diminuição da preocupação com a região corporal tratada, e melhora dos sintomas do TDC. Os autores apresentaram características demográficas e clínicas, salientando comportamentos autoagressivos. Dois pacientes tentaram fazer a cirurgia em si mesmos: uma paciente cortou seus mamilos e um outro tentou fazer uma rinoplastia, substituindo sua cartilagem do nariz com cartilagem de frango.

KISELY *et al.* (2002) compararam, em 84 pacientes de ambos os gêneros, características dos sintomas dismórficos corporais e comorbidades associadas em pacientes que procuraram os procedimentos de cirurgia plástica, com aqueles que buscaram outros procedimentos médicos. Utilizaram os questionários: *General Health Questionnaire* (GHQ-12) e *Dysmorphic Concern Questionnaire* (DCQ). Verificaram que mulheres procuraram mais a cirurgia plástica. A preocupação dismórfica foi observada em 32% da casuística. Concluiu-se que a maior incidência dessa preocupação ocorreu em pacientes que procuraram procedimentos de cirurgia plástica que, também, apresentaram mais comorbidades psiquiátricas.

HONIGMAN, PHILLIPS, CASTLE (2004), em revisão da literatura, verificaram aspectos psicológicos e psicossociais sobre resultados de satisfação, em pacientes submetidos a procedimentos de cirurgia plástica. Identificaram 37 estudos em diferentes especialidades de cirurgia plástica que utilizaram diversos tipos de metodologia. Fatores como idade jovem, gênero masculino, expectativas idealizadas, insatisfação com tratamentos estéticos prévios, deformidades mínimas e histórico de transtornos do

humor, ou de personalidade, foram associados a resultados de insatisfação em Cirurgia Plástica. O TDC foi identificado como preditor de insatisfação de resultado. Concluíram que, apesar da satisfação dos pacientes com a cirurgia plástica, alguns não apresentavam esse mesmo resultado e que, portanto, deveriam ser realizadas triagens no pré-operatório. Concluíram que, satisfação e mudança psicológica eram aspectos diferentes, uma vez que, embora a satisfação fosse imediata, o benefício do funcionamento psicológico seria verificado em longo prazo.

CRERAND *et al.* (2005) relataram que, indivíduos incluídos nos critérios diagnósticos do TDC procuravam tratamento cirúrgico e não psiquiátrico para melhorar defeitos percebidos em sua aparência física. Utilizaram os instrumentos de avaliação: *Body Dysmorphic Disorder (BDD Form)* que avaliou características demográficas, clínicas e histórico do tratamento; *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form (SF-36) Health Survey* e *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q)* para avaliar a qualidade de vida atual; *Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR)* para o atual funcionamento social, *BDD-YBOCS* para verificar a gravidade dos sintomas; e o *Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS)* para avaliar crenças e crítica do estado mórbido em relação à aparência. Aqueles pacientes, cujo grau de convicção assumiu características delirantes foram avaliados pelo *SCID-I/P*. Em 200 indivíduos diagnosticados com TDC (184 adultos e 16 adolescentes), descreveram a frequência de TDC (71% dos pacientes procuraram tratamento, e 64% o receberam), os tipos de tratamentos buscados por estes pacientes (a Dermatologia foi a especialidade mais procurada, seguida da

rinoplastia, lipoaspiração e mamoplastia de aumento, em Cirurgia Plástica) e os resultados do tratamento instituído (tratamentos não psiquiátricos raramente melhoravam os sintomas do TDC).

GLASER & KAMINER (2005), em revisão da literatura, avaliaram os critérios diagnósticos do TDC, para auxiliar os médicos na identificação dos sinais, bem como nas estratégias de atendimento, em pacientes que procuraram a lipoaspiração. Concluíram que esse transtorno afetava, aproximadamente, 1% da população nos EUA, e de 7 a 15% de pacientes que procuravam os procedimentos de cirurgia plástica, os quais, geralmente, demonstravam obsessão com a área a ser tratada. Além disso, esse perfil era um desafio especial para os cirurgiões plásticos. Os autores referiram que a identificação do transtorno mental causou impacto positivo tanto no tratamento, quanto no vínculo estabelecido entre cirurgião e paciente. Por outro lado, a falha no reconhecimento do TDC poderia culminar na insatisfação do paciente quanto ao resultado obtido.

ANDRETTO AMODEO (2007) investigou 30 estudos selecionados nas bases: *Medline*, *PubMed* e *Embase*, relatando que, segundo a *American Society of Plastic Surgeons*, em 2006, a rinoplastia foi uma das operações mais procuradas por razões étnicas e por adolescentes, bem como a mais requisitada por pacientes que poderiam ser incluídos nos critérios diagnósticos do TDC. Sugeriram a seleção e avaliação no pré-operatório de pacientes que buscavam esse tipo de cirurgia, para se alcançar bom resultado pós-operatório.

TIGNOL *et al.* (2007) avaliaram o efeito da cirurgia plástica em 24 pacientes com um defeito mínimo na aparência física, após cinco anos. Dez pacientes tinham sido diagnosticados com TDC (oito mulheres e dois homens), e 14 não apresentavam a doença (13 mulheres e um homem). Utilizaram os instrumentos: *SCID-BDD Module*, *Sheehan Disability Scale* (SDS) e *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Sete pacientes com TDC e oito sem o transtorno submeteram-se ao procedimento cirúrgico e todos ficaram satisfeitos com os resultados. Contudo, os sintomas do TDC mantiveram-se em seis, dos sete pacientes diagnosticados que foram operados. Apresentaram, ainda, baixos índices na qualidade de vida e comorbidades psiquiátricas, quando comparados com o grupo sem sintomas. Além disso, três pacientes que não tinham sido diagnosticados, desenvolveram sintomas do TDC após a cirurgia. Segundo os autores, o resultado cirúrgico poderia não ter sido eficiente, mesmo que os pacientes declarassem satisfação. Entretanto, alguns desses pacientes relatavam satisfação para não desapontar o médico, revelando características de fobia social. Esse fato poderia explicar a razão pela qual alguns cirurgiões plásticos não consideravam a cirurgia plástica uma contraindicação.

ENDE, LEWIS, KABAKER (2008) relataram que pacientes, com sintomas de TDC, procuravam o cirurgião plástico em busca de tratamento cirúrgico para o transtorno mental, apresentando critérios de funcionalidade diferentes, com graus de sofrimento variáveis, revelando níveis de gravidade sintomatológica. Geralmente, não era feito o diagnóstico do TDC. Embora, por vergonha ou constrangimento, algumas regiões do

corpo, que causavam a insatisfação, não fossem referidas, as áreas corporais de maior insatisfação e obsessão costumavam ser pele, cabelo e nariz. Os autores sugeriram que alguns desses pacientes poderiam ser beneficiados com uma cirurgia plástica, desde que, acompanhados por profissionais da saúde mental. Entretanto, a decisão deveria ser do cirurgião plástico. Segundo os autores, embora alguns estudos tivessem reportado melhora dos sintomas do TDC após um procedimento de cirurgia plástica, nenhum estudo forneceu informações de que, pacientes com o transtorno mental, enquadrar-se-iam nessa categoria. Enfatizaram o risco de demandas judiciais, cuja insatisfação, de origem psiquiátrica, aliava-se à exploração do tema por parte dos advogados.

SARWER & CRERAND (2008) realizaram uma revisão da literatura sobre pacientes diagnosticados com TDC, que procuraram tratamentos estéticos em especialidades de Cirurgia Plástica e Dermatologia. Os resultados sugeriram um percentual de 5 a 15% de indivíduos portadores de TDC. Os instrumentos de avaliação utilizados foram entrevistas clínicas. Salientaram que, na literatura, as características psicológicas eram um ponto de especial interesse.

MALICK, HOWARD, KOO (2008) relataram que, pacientes que buscavam procedimentos na Cirurgia Plástica costumavam apresentar sintomas de TDC e transtornos de personalidade. Destacaram a importância do conhecimento das características clínicas dessas condições psiquiátricas e da aplicação de questionários, bem como da avaliação pré-operatória, para o melhor manejo e encaminhamento de pacientes. Citaram o *BDDE-*

SR como o instrumento de diagnóstico específico para a mensuração da insatisfação com a imagem corporal e sintomas do TDC.

PARK *et al.* (2009) investigaram os efeitos da sensibilidade à rejeição da aparência, em 133 estudantes americanos. Utilizaram os instrumentos: *Appearance-based Rejection Sensitivity* (Appearance-RS Scale), (RSE), *Rejection Sensitivity Questionnaire* (RSQ), *Contingencies of Self-Worth* (CSW) e *Acceptance of Cosmetic Surgery Scale* (ACSS). Os resultados sugeriram que indivíduos sensíveis a sentimentos de rejeição eram mais vulneráveis aos efeitos de comentários negativos sobre a aparência, e que, aqueles com escores mais elevados no *Appearance-RS Scale*, revelaram sentir-se mais solitários e rejeitados. Além disso, mostraram um grande interesse por procedimentos de cirurgia plástica. Os autores discutiram a insatisfação com a aparência física como reação à interferência do meio ambiente, com particular referência ao fenômeno *teasing* e *bullying*. Referiram, ainda, que portadores do TDC, consideraram a cirurgia plástica como única possibilidade para melhorar as falhas percebidas na própria aparência.

PECORARI *et al.* (2010) investigaram se pacientes com sintomas do TDC e que buscaram a rinoplastia, diferiam daqueles sem o transtorno, em relação à autoestima, personalidade e qualidade de vida. Foram aplicados, no pré-operatório de 54 pacientes (19 homens e 35 mulheres), os seguintes instrumentos de avaliação: *Nasal Obstruction Symptom Evaluation* (NOSE) *Scale*, *Health-Related Quality of Life* (HRQL), *RSE*, *BDDQ* e *Temperament and Character Inventory* (TCI). Relataram que os pacientes com sintomas de TDC apresentaram baixa autoestima, mais

comportamentos de esquiva e menor direcionamento de projetos de vida, bem como traços de personalidade esquizóide, narcisista e obsessiva. Sugeriram avaliações no pré-operatório de cirurgia plástica, para evitar frustrações quanto a expectativas de resultado, tanto para pacientes quanto para médicos.

CALOGERO *et al.* (2010) examinaram a associação entre sensibilidade à rejeição da aparência nas relações interpessoais, sintomas de TDC e busca de procedimentos de cirurgia plástica, em 106 estudantes universitários (82 mulheres e 24 homens) na Inglaterra. Utilizaram como instrumentos de avaliação: *Appearance-RS*, *Self-reported BDD Symptoms* e *ACSS*. Os sintomas de TDC apresentaram associação com a busca da cirurgia plástica, por razões sociais e não interpessoais. Esse fato revelou a importância da percepção da recompensa social. Da mesma forma, os sintomas e os aspectos sociais que influenciavam essa busca foram associados às preocupações com o peso. Os resultados sugeriram que preocupações com o peso, em conjunto com a sensibilidade à rejeição da aparência, poderiam auxiliar na prevenção de preocupações excessivas com a imagem corporal. Os autores consideraram importante avaliar o aspecto clínico da susceptibilidade à rejeição em relação à própria aparência, na investigação de preocupações excessivas com a imagem corporal.

3.4 PREVALÊNCIA DO TDC EM CIRURGIA PLÁSTICA

SARWER *et al.* (1998) investigaram a natureza da insatisfação da imagem corporal e a prevalência do TDC, em 100 pacientes do gênero

feminino que procuraram procedimentos de cirurgia plástica, utilizando os seguintes instrumentos: *MBSRQ* e *BDDE-SR*. Concluíram que essas pacientes não apresentaram maior insatisfação com a aparência geral, quando comparadas com os dados populacionais. Entretanto, relataram maior insatisfação quando consideradas as regiões corporais específicas a serem operadas. As cirurgias mais procuradas foram: ritidoplastia, blefaroplastia, mamoplastia redutora, rinoplastia e lipoaspiração. Sete por cento foram incluídas nos critérios diagnósticos do TDC. Os autores consideraram que o *DSM-IV* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) não categorizava, adequadamente, pacientes que apresentavam extrema angústia com a aparência física, e buscavam tratamento na cirurgia plástica. Indivíduos com deformidades reais, como cicatrizes faciais ou seios volumosos, ou condições como deformidade congênita ou obesidade, estavam excluídos do diagnóstico do TDC, pelo critério A. Portanto, o diagnóstico deveria categorizar indivíduos com acentuado sofrimento, em torno de um problema estético concreto, que não era capturado pelos critérios diagnósticos do TDC.

VEALE, DE HARO, LAMBROU (2003) determinaram a frequência do TDC em pacientes que buscaram a rinoplastia e compararam com os da clínica psiquiátrica. Os instrumentos utilizados foram: *BDDQ*, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *YBOCS-BDD*, *Rhinoplasty Questionnaire*. Numa primeira fase do estudo, após a aplicação do *BDDQ*, identificaram 20,7% de pacientes em rinoplastia, com a possibilidade de diagnóstico do TDC. No entanto, os autores referiram a identificação de um grupo de pacientes com características subclínicas, ou leves do transtorno,

que ficou satisfeito com a rinoplastia. Num segundo estágio, compararam pacientes que não apresentavam o transtorno e que se mostraram satisfeitos com o resultado, após a rinoplastia, com pacientes diagnosticados com TDC atendidos na unidade de Psiquiatria (que almejavam a cirurgia, mas que, por uma variedade de razões, não conseguiram fazê-la). Concluíram que pacientes com o transtorno eram significativamente mais jovens, depressivos e ansiosos e mais preocupados com o seu nariz e corpo. Apresentavam, ainda, prejuízo na capacidade de relações emocionais e sociais que afetava a qualidade de vida. Sugeriram, assim, mais estudos para refinar os questionários do TDC em populações maiores, em atendimento na cirurgia plástica, como fatores preditivos de insatisfação.

AOUZERATE *et al.* (2003) reportaram a prevalência e características clínicas de 132 pacientes (oito homens e 124 mulheres) com TDC, em atendimento na Cirurgia Plástica. Utilizaram os instrumentos *SCID-BDD Module*, *MINI* e *Sheehan Disability Scale* (SDS). Os resultados revelaram altos índices do TDC (9,1%), especialmente nos pacientes do gênero masculino (25%). De uma maneira geral, o significado social da aparência física, cuja insatisfação poderia ser corrigida por uma cirurgia plástica, interferia e complicava o reconhecimento do TDC, sendo um desafio para os cirurgiões plásticos.

BELLINO *et al.* (2006) investigaram a relação entre transtornos de personalidade e sintomas dismórficos, num grupo de 66 pacientes que procuraram procedimentos de cirurgia plástica. Como instrumentos de avaliação utilizaram entrevista semiestruturada para características demográficas e clínicas, *SCID*, *Hamilton Depression and Anxiety Rating*

Scales (HDRS) e *BDD-YBOCS*. Os resultados sugeriram que a presença da reação psicopatológica ao defeito imaginado na aparência, em pacientes que buscavam uma correção cirúrgica, associava-se à gravidade dos transtornos de personalidade paranoide e esquizotípica. Referiram que uma avaliação pré-operatória poderia contribuir para a definição do perfil clínico dos pacientes em atendimento na Cirurgia Plástica. A prevalência do TDC nessa casuística foi de 16%.

LAI *et al.* (2010) investigaram a prevalência do TDC, a partir de registros médicos, em 817 indivíduos que procuraram diferentes procedimentos de cirurgia plástica, num período de três anos. Os resultados mostraram que 63 pacientes (7,7%) foram incluídos nos critérios diagnósticos do transtorno, dos quais 54 tinham sido diagnosticados na avaliação pré-operatória. Contudo, nove pacientes (1,2%), não diagnosticados anteriormente, apresentaram sintomas e relataram insatisfação com os resultados, após a cirurgia plástica. Concluíram que procedimentos de cirurgia plástica deveriam ser evitados para esse perfil de pacientes. Sugeriram instrumentos de avaliação para auxílio ao diagnóstico do TDC.

ALAVI *et al.* (2011) avaliaram 306 pacientes que desejaram realizar rinoplastia, dos quais 80% eram mulheres. Vinte e quatro por cento foram incluídos nos critérios diagnósticos do TDC (DSM-IV-TRTM) e 41% apresentavam comorbidades de outros transtornos mentais. Os pacientes foram avaliados em entrevista clínica, realizada por um médico psiquiatra. Não foram aplicados questionários. Os autores concluíram que o TDC era comum na prática médica, particularmente em pacientes que buscavam a

rinoplastia. Sugeriram a seleção de pacientes, no pré-operatório de uma cirurgia plástica.

3.5 BODY DYSMORPHIC DISORDER EXAMINATION (*BDDE*)

ROSEN & REITER (1996) desenvolveram o *BDDE* de acordo com os três critérios diagnósticos do *TDC* (DSM-IV) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). Verificaram as propriedades psicométricas em 694 indivíduos de ambos os gêneros, distribuídos em quatro grupos (pacientes com e sem *TDC*, e população não clínica que foi dividida em estudantes e professores de uma universidade) e avaliaram a sua validade após o tratamento. Ao comparar a população clínica com a não clínica, o *BDDE* indicou ser um instrumento útil tanto como medida de diagnóstico categorial, quanto dimensional, para diferentes amostras clínicas, tendo quantificado a gravidade dos sintomas da imagem corporal negativa. O questionário apresentou consistência interna de 0,96, sendo um instrumento que discriminou a população clínica da não clínica. Enquanto medida de resultado, o *BDDE* mostrou-se sensível às mudanças após o tratamento do *TDC*. Segundo os autores, esses dados revelaram que o *BDDE* poderia diferenciar o *TDC* de outros tipos de queixas da imagem corporal e da insatisfação com o corpo. Essa distinção corroborou com o diagnóstico de *TDC* realizado por psiquiatras. Referiram, ainda, que a aplicação do questionário *BDDE* era demorada, requerendo um psicólogo doutorado ou médico, para administrá-lo.

JORGE *et al.* (2008) traduziram, adaptaram e validaram, culturalmente, a versão entrevista do *BDDE*, em 90 pacientes em atendimento nos ambulatórios de Cirurgia Plástica da UNIFESP. Para a validade de construção foram selecionados instrumentos que avaliaram conceitos semelhantes, como o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) e a Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM. O *BDDE* mostrou boa consistência interna, confiabilidade e validade de construção para uso no Brasil.

MÉTODOS

4. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de prevalência, primário, analítico, transversal e observacional, realizado em centro único e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), segundo o protocolo nº 1163/09 (APÊNDICE).

4.1 CASUÍSTICA

Foram incluídos, por ordem de chegada, 300 pacientes de ambos os gêneros, entre Agosto de 2009 e Agosto de 2010, que desejaram ser submetidos a uma das seguintes cirurgias: abdominoplastia, rinoplastia ou ritidoplastia, procedentes dos Ambulatórios de Triagem de Cirurgia Plástica e dos Setores de Cirurgia Plástica Abdominal, de Nariz (Casa de Cirurgia Plástica) e de Estética II, do Hospital São Paulo (UNIFESP).

Todos os pacientes participaram do estudo após compreenderem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE).

Os critérios adotados neste estudo estão descritos no QUADRO 1.

QUADRO 1. Critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de Inclusão	
idade entre 18 e 70 anos	
IMC entre 18,5 e 34,9 Kg/m ³	
Grau mínimo de instrução escolar (quatro anos)	
Critérios de Exclusão	
Delírios e alucinações: crenças delirantes, alucinações visuais e auditivas	
Grandes deformidades físicas provocadas por tumores, queimaduras, agentes químicos ou outras condições	
Diagnóstico prévio de TDC e em tratamento psiquiátrico e psicológico desta condição	

Os pacientes foram avaliados de acordo com o procedimento escolhido e, assim, distribuídos em três grupos cirúrgicos: abdominoplastia (GA), rinoplastia (GR) e ritidoplastia (GRit) (TABELA 1).

TABELA 1. Valores médios da faixa etária, IMC e frequência por gênero nos três grupos de cirurgia plástica (N=300).

Grupos	n	Média ± desvio padrão	Média ± desvio padrão	n (%)
		Idade	IMC	
Abdominoplastia (GA)	90	38 (±11)	26 (±4)	F = 84 (93%) M = 6 (7%)
Rinoplastia (GR)	151	34 (±12)	24 (±4)	F = 116 (77%) M = 35 (23%)
Ritidoplastia (GRit)	59	51 (±10)	25 (±3)	F = 56 (95%) M = 3 (5%)

Em cada um dos grupos, os pacientes foram analisados de acordo com a presença de sintomas do TDC. Estes pacientes foram incluídos nos três critérios diagnósticos do TDC/*DSM-IV-TR*TM. De acordo com os critérios diagnósticos do TDC (*BDDE*), cada grupo foi dividido em dois subgrupos: pacientes que não apresentaram sintomas do TDC e pacientes que apresentaram sintomas do TDC (QUADRO 2).

QUADRO 2. Subgrupos de cada um dos três grupos

Subgrupos Abdominoplastia	n
Com Sintomas (SgAS)	51
Sem Sintomas (SgA)	39
Subgrupos Rinoplastia	n
Com Sintomas (SgRS)	79
Sem Sintomas (SgR)	72
Subgrupos Ritidoplastia	n
Com Sintomas (SgRitS)	25
Sem Sintomas (SgRit)	34

Os sintomas do TDC foram avaliados nas características clínicas como esquematizado no QUADRO 3.

QUADRO 3. Características clínicas do TDC.

Sintomas	Características Clínicas
Preocupação	Tempo
	Qualidade da preocupação
	Percepções de autorreferência
Comprometimento Psicossocial	Tipos de comportamento: checagem, evitação, condutas autolesivas
	Grau de Sofrimento
	Histórico de abuso e suicídio

Foi desenvolvido um protocolo para coleta de dados demográficos e clínicos, registrando informações específicas como idade, gênero, grau de escolaridade, profissão, estado civil e IMC. Também, foram investigadas as variáveis: uso de medicação psiquiátrica ou acompanhamento psicológico, ao longo do tempo; uso de álcool ou outras drogas; início (idade) da insatisfação com a aparência física; regiões do corpo de maior insatisfação; grau de preocupação com o defeito/tempo despendido em tentativas de correção do defeito; satisfação com resultados estéticos prévios, tempo de

decisão para a procura do procedimento cirúrgico e grau de expectativas em relação à intervenção, nas diferentes faixas etárias e especialidades (APÊNDICE).

As TABELAS 2, 3 e 4 correspondem às características demográficas dos pacientes nos três grupos (GA, GR e GRit), em relação à presença de sintomas do TDC.

TABELA 2. Comparação das características demográficas no grupo abdominoplastia (GA), em relação à presença de sintomas do TDC (BDDE).

ABDOMINOPLASTIA				
Variável	Normal (n= 39) média ± desvio-padrão ou n (%)	TDC (n= 51) média ± desvio-padrão ou n (%)	Estatística	Valor descritivo do teste
Características demográficas				
Idade em anos	39±11	37±10	t=0,76	p=0,451
IMC	26±05	25±04	t=0,61	p=0,545
Estado civil				
Solteira(o)	14 (36)	19 (37)	$\chi^2=2,439^*$	p=0,295
Casada(o)	21 (54)	20 (39)		
Divorciada/separada(o)	4 (10)	10 (20)		
Viúva(o)	---	2 (4)		
Grau de escolaridade				
Fundamental até 4ª. Série	2 (5)	2 (2)	$\chi^2=1,297^{**}$	p=0,523
Fundamental	5 (13)	17 (19)		
Médio	17 (43)	42 (47)		
Superior incompleto	10 (26)	19 (21)		
Superior	5 (13)	10 (11)		

* Como a amostra é pequena, na variável Estado Civil a condição viúvo(a) foi agregada à condição solteiro.

** Como a amostra é pequena, a variável escolaridade foi categorizada em apenas fundamental, médio e superior.

t Teste t-Student; χ^2 - Teste Qui-quadrado

TABELA 3. Comparação das características demográficas no grupo rinoplastia (GR), em relação à presença de sintomas do TDC (BDDE).

RINOPLASTIA				
Variável	Normal (n= 72) média ± desvio-padrão ou n (%)	TDC (n= 79) média ± desvio-padrão ou n (%)	Estatística	Valor descritivo do teste
Características demográficas				
Idade em anos	35±13	33±11	t=1,09	p=0,279
IMC	25±04	23±04	t=1,71	p=0,089
Estado civil				
Solteira(o)	35 (48)	49 (62)		
Casada(o)	28 (39)	22 (28)	$\chi^2=2,14$ *	p=0,343
Divorciada/separada(o)	7 (10)	8 (10)		
Viúva(o)	2 (3)	---		
Grau de escolaridade				
Fundamental até 4ª. Série	2 (3)	3 (4)		
Fundamental	11 (15)	13 (16)	$\chi^2=0,843$ **	p=0,656
Médio	33 (46)	40 (51)		
Superior incompleto	20 (28)	19 (24)		
Superior	6 (8)	4 (5)		

* Como a amostra é pequena, na variável Estado Civil a condição viúvo(a) foi agregada à condição solteiro.

** Como a amostra é pequena, a variável escolaridade foi categorizada em apenas fundamental, médio e superior.

t Teste t-Student; χ^2 - Teste Qui-quadrado

TABELA 4. Comparação das características demográficas no grupo de ritidoplastia (GRit), em relação à presença de sintomas do TDC (BDDE).

RITIDOPLASTIA				
Variável	Normal (n= 34) média ± desvio-padrão ou n (%)	TDC (n= 25) média ± desvio-padrão ou n (%)	Estatística	Valor descritivo do teste
Características demográficas				
Idade em anos	55±10	52±10	U=661,5	p=0,177
IMC	25±03	26±04	U=769,5	p=0,771
Estado civil				
Solteira(o)	5 (15)	8 (32)		
Casada(o)	16 (47)	8 (32)	$\chi^2=2,144$ *	p=0,342
Divorciada/separada(o)	9 (26)	6 (24)		
Viúva(o)	4 (12)	3 (12)		
Grau de escolaridade				
Fundamental até 4ª. Série	5 (15)	7 (28)		
Fundamental	8 (23)	5 (20)	$\chi^2=0,625$ **	p=0,732
Médio	12 (35)	8 (32)		
Superior incompleto	7 (21)	3 (12)		
Superior	2 (6)	2 (8)		

* Como a amostra é pequena, na variável Estado Civil a condição viúvo(a) foi agregada à condição solteiro.

** Como a amostra é pequena, a variável escolaridade foi categorizada em apenas fundamental, médio e superior.

U Teste de Mann-Whitney ; χ^2 - Teste Qui-quadrado

4.2 PROCEDIMENTOS

A cada um dos pacientes foi aplicado, o questionário específico Versão brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) (ANEXOS), validado na versão entrevista (JORGE *et al.*, 2008), e administrado sempre pela mesma psicóloga clínica, em local claro e arejado, tranquilo e privado. O tempo de aplicação foi em média de 45 minutos.

4.2.1 INVESTIGAÇÃO DA INSATISFAÇÃO COM A APARÊNCIA FÍSICA

O *BDDE* é uma entrevista clínica semiestruturada, designada para a triagem do TDC e medir a gravidade dos sintomas negativos da imagem corporal. Este questionário é composto por 34 questões, numa escala de zero a seis, sendo que o zero indica a ausência do fenômeno, nos trinta dias anteriores. Entretanto, na existência do fenômeno, os escores de um a seis representam a frequência (número de dias presente) e a intensidade (baixa ou extrema).

As 34 questões do *BDDE* avaliam os sintomas do TDC em seis dimensões: preocupação e avaliação negativa da aparência física; excessiva importância atribuída à aparência física, na autoavaliação; vergonha, constrangimento e percepções de autorreferência; evitação de situações ou atividades em público, ou contato físico com os outros; estratégias de camuflagem (estilos de roupa e acessórios, tipos de maquiagem e postura corporal); comportamentos de checagem em relação à própria aparência

física (inspeção de áreas do corpo, reasseguramento de preocupações com a aparência e comparação com os outros).

O escore final corresponde à soma das respostas para todas as questões, com exceção das de números: 1, 2, 3, 22, 33, 34, que são resultado da observação clínica do entrevistador. A pontuação máxima das 28 questões do *BDDE* corresponde a 168 pontos. Escores superiores a 66 indicam grau de insatisfação com a aparência física. Escores mais altos significam sintomas mais graves, uma vez que, o *BDDE* é uma medida quantitativa da gravidade dos sintomas do TDC.

4.2.2 INVESTIGAÇÃO DOS SINTOMAS DO TDC

O *BDDE* foi desenvolvido de acordo com os três critérios diagnósticos (A, B, C) do TDC, segundo o *DSM-IV-TR*TM (QUADRO 4).

QUADRO 4. Critérios Diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), segundo o *DSM-IV-TR*TM.

Critérios Diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), segundo o <i>DSM-IV-TR</i> TM	
A.	Preocupação com um defeito imaginário na aparência Se uma ligeira anomalia física está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva
B.	Preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes do indivíduo
C.	Preocupação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., insatisfação com a forma e o tamanho do corpo na Anorexia Nervosa)

O **critério A** foi avaliado no *BDDE* nas questões 2, 9, 10 ou 11, 18 e 19. Em todas essas questões a pontuação foi igual ou superior a quatro, sendo a máxima seis, com exceção da questão de número dois, cuja pontuação foi zero ou um. O defeito físico observável foi avaliado na

questão dois. A preocupação com o problema da aparência na questão nove. A preocupação com a aparência em situações públicas ou sociais foi verificada nas questões 10 ou 11. A importância do problema da aparência foi investigada na questão 18 e a autoavaliação negativa, devido ao problema da aparência, na questão 19 (QUADRO 5).

QUADRO 5. Critérios Diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), segundo o *BDDE*.

Critério A	
Defeito físico observável	2 = 0 ou 1
Preocupação com o problema da aparência	9 = 4 até 6
Preocupação com o problema da aparência em situações públicas ou sociais	10 ou 11 = 4 até 6
Importância do problema da aparência	18 = 4 até 6
Autoavaliação negativa devido ao problema da aparência	19 = 4 até 6
Critério B	
Preocupação com o problema da aparência	9 = 4 até 6
Preocupação com o problema da aparência em situações públicas ou sociais	10 ou 11 = 4 até 6
Angústia relacionada ao problema da aparência notado por outras pessoas ou,	13 = 4 até 6
Afastamento de situações públicas, sociais, do contato físico e da atividade física	23, 24, 25 ou 26 = 4 até 6
Critério C	
Problema da aparência não considerado por outro transtorno	34 = 0

O **critério B** foi avaliado no *BDDE* nas questões 9, 10 ou 11 e 13, ou 23, 24, 25 ou 26. As questões 9, 10 ou 11 e 13 foram necessárias e suficientes para que o paciente fosse incluído no critério B. Em todas estas questões a pontuação foi igual ou superior a quatro, sendo seis a máxima. A preocupação com o problema da própria aparência, ou em situações públicas ou sociais foi avaliada nas questões 9, 10 ou 11. Já a angústia, relacionada ao problema da aparência, notado por outras pessoas, foi verificada na questão 13. O afastamento de situações públicas, sociais, do contato físico e da atividade física foi avaliado nas questões 23, 24, 25 ou 26 (QUADRO 5).

O **critério C** foi avaliado no *BDDE* na questão 34, em que a pontuação foi zero. O problema da aparência não foi considerado por outro

transtorno (por exemplo, Transtornos da Alimentação, Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero, Transtorno Obsessivo Compulsivo), e foi restrito à aparência em vez de outras obsessões, compulsões ou comportamentos relacionados a fobias (QUADRO 5).

O QUADRO 5 corresponde aos três critérios diagnósticos do TDC (*DSM-IV-TR*TM), segundo o *BDDE*.

4.2.3 ASPECTO DIMENSIONAL DOS SINTOMAS DO TDC

Os sintomas foram classificados segundo o nível de gravidade, em moderados e graves, de acordo com as questões 9, 10 ou 11 e 13, ou 23, 24, 25 ou 26, do *BDDE*, que avaliaram o critério B do TDC (QUADRO 5) e foram distribuídos em dois domínios: sentir (questões 9, 10 ou 11, 13) e agir (questões 23, 24, 25 ou 26). A preocupação foi medida pela frequência de pensamentos e sentimentos (sentir). O prejuízo do funcionamento psicossocial (agir) foi medido pela frequência de comportamentos de esquiva em situações públicas, sociais e, ainda, pelo grau de inibição em relação ao contato físico e atividades ao ar livre.

Os sintomas do TDC foram considerados moderados, quando o paciente pontuava apenas no campo do sentir escores iguais ou superiores a quatro, sendo o máximo seis. Nestes casos, o indivíduo, apesar de ter a qualidade de vida prejudicada, conseguia realizar as suas atividades do cotidiano.

Os sintomas do TDC foram considerados graves, quando o indivíduo pontuava nos dois domínios (sentir e agir), escores iguais ou superiores a quatro, sendo o máximo seis, revelando inibição nas funções de decisão e de ação.

Esta avaliação dimensional dos sintomas do TDC em dois domínios, segundo o critério B (TDC/BDDE), foi estabelecida pelos autores para este estudo.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os testes estatísticos utilizados basearam-se no tipo de variável sob análise (qualitativa e quantitativa) e no tamanho da casuística (testes paramétricos ou não paramétricos).

Para a comparação entre dois grupos identificados com ou sem sintomas do TDC, foram utilizados o teste paramétrico *t-Student* e os não paramétricos *Mann-Whitney*, Qui-quadrado e Exato de *Fisher*. A comparação entre os três grupos (GA, GR, GRit), quanto à presença de sintomas (SgAS, SgRS, SgRitS) foi analisada pelos testes não paramétricos Qui-quadrado e *Kruskal-Wallis*. Os testes *t-Student*, Qui-quadrado e *Mann-Whitney* fizeram a comparação das características demográficas entre dois grupos, em relação à presença da doença nos três procedimentos de cirurgia plástica. A gravidade dos sintomas (moderados e graves) foi analisada pelos testes *t-Student*, Qui-quadrado e Exato de *Fisher*.

Em todos os testes foi utilizado nível de significância de 5% para tomada de decisão.

Os *softwares* utilizados foram o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17, *Minitab* 16 e o *Microsoft Office Excel*.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Os dados demográficos (QUADROS 7A-C; 8A-B; 9A-B) e clínicos (QUADROS 10A-J; 11A-F; 12A-D) de cada um dos pacientes, bem como os valores individuais obtidos na Versão Brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) (QUADROS 13A-C; 14A-B; 15A-B) encontram-se em APÊNDICES.

5.1 ABDOMINOPLASTIA: INSATISFAÇÃO CORPORAL E SINTOMAS DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC)

No grupo abdominoplastia (GA) (n=90), 86% dos pacientes pontuaram escores acima de 66 no *BDDE* (QUADROS 14A-B, APÊNDICES). Neste grupo, 43% dos pacientes não apresentaram sintomas do TDC (n=39), enquanto que 57% dos pacientes foram incluídos nos três critérios diagnósticos do TDC (n=51) (QUADRO 2). A prevalência do gênero feminino no subgrupo sem sintomas (SgA) foi de 96% e no que apresentou sintomas (SgAS) foi de 94% (QUADROS 8A-B e 11A-F, APÊNDICES). No SgAS, 41% dos pacientes apresentaram sintomas moderados e 59% sintomas graves (QUADROS 14A-B, APÊNDICES).

Ao comparar-se os pacientes do SgA com os do SgAS, observou-se que os valores de *BDDE* total médio e de *BDDE* superiores a 66 indicaram diferença estatística, revelando associação entre os sintomas do TDC e a insatisfação com a aparência ($p<0,001$). No SgAS, a proporção de

pacientes que apresentou escores superiores a 66 no *BDDE*, foi de 98% (TABELA 5).

TABELA 5. Comparação das características clínicas no grupo abdominoplastia (GA), em relação à presença de sintomas do TDC (*BDDE*).

ABDOMINOPLASTIA				
Variável	Normal (n= 39) média ± desvio-padrão ou n (%)	TDC (n= 51) média ± desvio-padrão ou n (%)	Estatística	Valor descritivo do teste
Insatisfação com Aparência¹				
Escore <i>BDDE</i> Total	83±33	120±26	t=5,87	p<0,001
Escore no <i>BDDE</i> > 66	26 (67)	50 (98)	$\chi^2=16,559$	p<0,001
Grau de preocupação¹ (características obsessivas)				
Valorização do defeito				
Defeito real	5 (13)	---		
Defeito exagerado	30 (77)	42 (82)	$\chi^2=7,456$	p=0,024
Defeito não observável	4 (10)	9 (18)		
Percepções de autorreferência	14 (36)	48 (94)	$\chi^2=34,952$	p<0,001
Tipos de comportamentos¹ (características compulsivas)				
Checgem				
Comparação com os outros	28 (72)	43 (84)	$\chi^2=2,080$	p=0,149
Busca de reassseguramento	18 (46)	24 (47)	$\chi^2=0,007$	p=0,932
Uso do espelho para verificação	35 (90)	49 (96)	$\chi^2=1,425$	p=0,233
Inspeção de áreas do corpo	39 (100)	50 (98)	Fisher	p>0,999
Evitação e inibição				
Evita o espelho	12 (31)	31 (61)	$\chi^2=7,980$	p=0,005
Estratégias de camuflagem	32 (82)	47 (92)	$\chi^2=2,104$	p=0,147
Em situações públicas	13 (33)	27 (53)	$\chi^2=3,441$	p=0,064
Em situações sociais	12 (31)	30 (59)	$\chi^2=6,989$	p=0,008
Em atividades físicas	21 (54)	27 (53)	$\chi^2=0,007$	p=0,932
Do contato físico	15 (38)	46 (90)	$\chi^2=27,084$	p<0,001
Sexualidade inibida	28 (72)	51 (100)	$\chi^2=16,388$	p<0,001

¹ - dados coletados no questionário Versão brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*

t - Teste t-Student; - χ^2 Teste Qui-quadrado; Teste Exato de Fisher

5.1.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O grau de preocupação e angústia dos pacientes em relação à aparência mostrou diferença estatística nos subgrupos em relação às variáveis medidas. Esse nível foi avaliado pela valorização da percepção do defeito ($p=0,024$) e pelas percepções de autorreferência ($p<0,001$). Desta forma, no GA, verificou-se associação entre o grau de preocupação e a presença de sintomas do TDC. Assim, no SgAS 82% dos pacientes sobrevalorizaram o defeito percebido e 94% apresentaram percepções de autorreferência.

Houve associação de significância estatística entre alguns comportamentos de evitação e inibição (uso do espelho [$p=0,005$], situações sociais [$p=0,008$], contato físico [$p<0,001$], sexualidade [$p<0,001$]) e a presença de sintomas do TDC.

Em relação à sexualidade, 72% dos pacientes do SgA relataram comportamentos de inibição em relação a esta variável. Este comportamento foi identificado em 100% dos pacientes do SgAS.

Não houve associação entre os comportamentos de checagem (comparação da aparência física com os outros [$p=0,149$], busca de reassuramento de preocupações com a aparência [$p=0,932$], uso do espelho para verificação do defeito percebido [$p=0,233$] e inspeção de áreas do corpo [$p=0,999$]) e a doença.

Não houve diferença significativa entre os subgrupos quanto às variáveis de evitação de situações públicas ($p=0,064$), atividades físicas ($p=0,932$) e estratégias de camuflagem ($p=0,147$) (TABELA 5).

A preocupação e insatisfação com a aparência também foi avaliada pelo tempo gasto com a aparência física ($p=0,009$). A proporção de pacientes com sintomas, que gastaram acima de três horas diárias com a aparência foi de 76% (TABELA 6).

TABELA 6. Comparação de variáveis de interesse entre os SgA e SgAS.

Variável	ABDOMINOPLASTIA		Estatística	Valor descritivo do teste
	Normal (n= 39) média ± desvio-padrão ou n (%)	TDC (n= 51) média ± desvio-padrão ou n (%)		
Grau de preocupação² (características obsessivas)				
Tempo despendido com a aparência				
Até 1 hora por dia	13 (33)	4 (8)	$\chi^2=9,425$	$p=0,009$
De 1 a 3 horas por dia	5 (13)	8 (16)		
Mais de 3 horas por dia	21 (54)	39 (76)		
Tipos de comportamentos² (características compulsivas)				
Condutas autolesivas				
<i>Skin picking</i> e Tricotilomania	---	4 (8)	$\chi^2=3,201$	$p=0,074$
Preocupação e insatisfação com a aparência física²				
Início (faixa etária)				
Infância/adolescência	14 (36)	25 (49)	$\chi^2=1,555$	$p=0,460$
Adulto	20 (51)	21 (41)		
Adulto após 40 anos	5 (13)	5 (10)		
Histórico de abuso²				
<i>Teasing</i> e <i>bullying</i>	13 (33)	35 (69)	$\chi^2=11,061$	$p=0,001$
Sexual	---	---	---	---
Substâncias (álcool e drogas)	2 (5)	10 (20)	Fisher	$p=0,061$
Histórico de suicídio²				
Ideação suicida (pensamento)	---	4 (8)	Fisher	$p=0,130$
Tentativa de suicídio (comportamento)	---	2 (4)	Fisher	$p=0,503$

² - Dados coletados na anamnese/protocolo para dados clínicos
 χ^2 - Teste Qui-quadrado; Teste Exato de Fisher

5.1.1.1 Início da preocupação e insatisfação com a aparência física

Em ambos os subgrupos (SgA e SgAS), a preocupação e insatisfação com a aparência física iniciou-se antes dos 40 anos de idade, nas faixas etárias que compreendem a infância/adolescência e fase adulta. Não houve diferença estatística entre os subgrupos em relação à variável medida ($p=0,460$). Entretanto, no SgAS observou-se maior proporção de pacientes, que identificou o início desta insatisfação na infância/adolescência (49%) (TABELA 6).

5.1.1.2 Condutas autolesivas

Quando comparados os dois subgrupos do GA, em relação à variável conduta autolesiva, não houve diferença estatística ($p=0,074$) (TABELA 6).

No SgAS, em quatro pacientes do gênero feminino foram observados comportamentos autolesivos de *skin picking* (QUADROS 11A-F, APÊNDICES). Todas as pacientes atingiram escores elevados (137, 152, 106, 117), foram incluídas nos três critérios diagnósticos do TDC e seus sintomas classificados como graves, segundo o *BDDE* (QUADROS 14A-B - APÊNDICES). No SgA, não foi observado este comportamento (TABELA 6).

5.1.1.3 Histórico de abuso

Quanto ao histórico de abuso, ao avaliar ocorrências de *teasing/bullying*, sofridos ao longo do tempo, observou-se diferença estatística nos subgrupos ($p=0,001$), mostrando associação entre este tipo de abuso e sintomas do TDC. A proporção de pacientes que relatou ter sofrido este tipo de abuso foi de 69% no SgAS e de 33% no SgA.

Não houve associação de significância estatística entre o abuso de substâncias (álcool e outras drogas) e os sintomas do TDC ($p=0,061$). Contudo, no SgAS identificou-se maior proporção de abuso de substâncias (álcool e outras drogas) (20%), quando comparada ao SgA (5%).

Não houve relatos de abuso sexual no GA (TABELA 6).

5.1.1.4 Histórico de suicídio

No SgAS, quatro pacientes do gênero feminino relataram ideação suicida, das quais duas tentaram o suicídio. Pontuaram 160, 150, 140 e 152 respectivamente (*BDDE*) e apresentaram sintomas graves (QUADROS 11A-F e QUADROS 14A-B, APÊNDICES).

Uma destas pacientes revelou sintomas da síndrome de referência olfativa, bem como ideação e duas tentativas de suicídio. No *BDDE* observou-se escore de 150, considerado elevado.

No SgA não houve relato de ideação e tentativa de suicídio.

Não foi observada diferença significativa entre os subgrupos, em relação ao histórico de ideação ($p=0,130$) e tentativa de suicídio ($p=0,503$) (TABELA 6).

5.1.2 BUSCA DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

No GA (n=90), 20% dos pacientes procuraram tratamento farmacológico ou psicológico ao longo do tempo. Segundo relato dos próprios pacientes, receberam diagnóstico e tratamento para depressão, ansiedade, transtorno do pânico e transtorno obsessivo compulsivo. Destes 18 pacientes do GA (20%), 12 pacientes (13%) apresentaram sintomas de TDC.

Considerando-se o SgAS (n=51), 76% dos pacientes nunca procuraram tratamento, sendo que 45% destes pacientes apresentaram sintomas graves do TDC (QUADROS 11A-F, APÊNDICES).

5.1.3 BUSCA DE TRATAMENTOS ESTÉTICOS

No SgAS (n=51), 25% dos pacientes (n=13) relataram ter-se submetido a outras cirurgias plásticas, sendo que 6% revelaram repetir o mesmo procedimento — a abdominoplastia. Sete pacientes relataram satisfação com os resultados anteriores, enquanto que, seis não aprovaram o resultado.

No SgA (n=39), 18% de pacientes do gênero feminino relataram ter realizado outras cirurgias plásticas. Nenhuma destas pacientes havia sido submetida à abdominoplastia.

No SgAS, a cirurgia plástica foi o procedimento mais procurado pelos pacientes (25%), seguido da academia (18%) e dermatologia (12%). Neste subgrupo, 57% dos pacientes nunca tinham buscado outro procedimento estético até o momento da entrevista (FIGURA 1), (QUADRO 17 EM APÊNDICES).

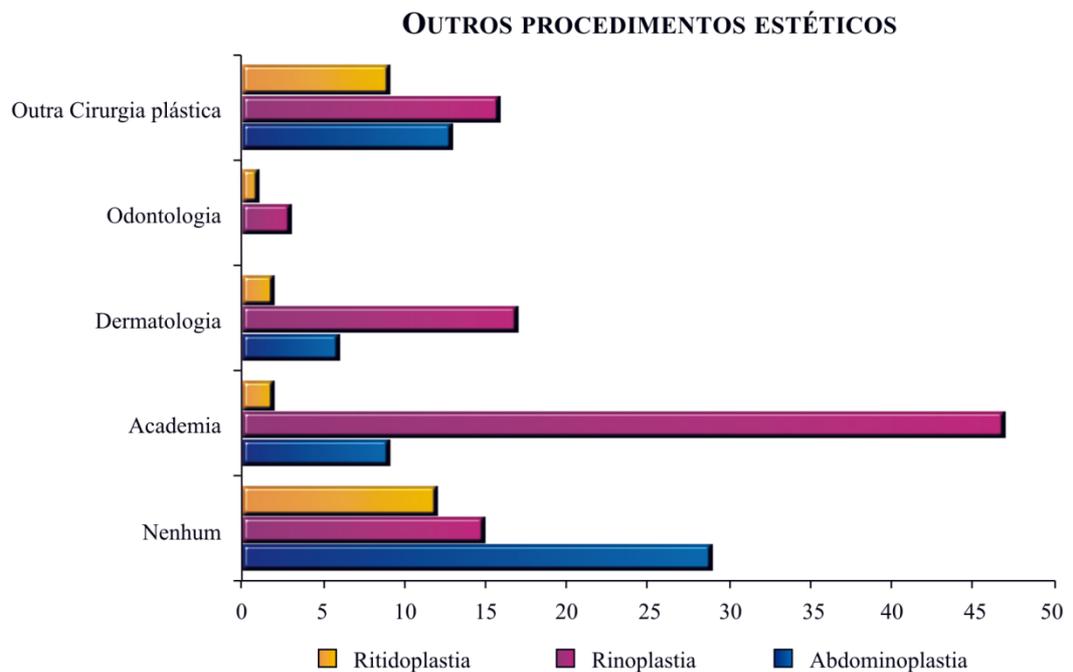


FIGURA 1. Procedimentos estéticos procurados pelos pacientes com sintomas do TDC, em cada grupo de cirurgia plástica.

5.2 RINOPLASTIA: INSATISFAÇÃO CORPORAL E SINTOMAS DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC)

No grupo rinoplastia (GR) (n=151), 75% dos pacientes atingiram escores acima de 66 no *BDDE* (QUADROS 13A-C, APÊNDICES). Neste grupo, 48% dos pacientes não apresentaram sintomas do TDC (n=72), enquanto que 52% dos pacientes foram incluídos nos três critérios diagnósticos do TDC (n=79) (QUADRO 2). No subgrupo sem sintomas (SgR) (n=72), a prevalência do gênero feminino foi de 67%, e no grupo que apresentou sintomas (SgRS) (n=79) foi de 86% (QUADROS 7A-C e 10A-J, APÊNDICES).

Considerando-se o nível de sofrimento provocado pela aparência física, 62% dos pacientes apresentaram sintomas moderados e 38% dos pacientes apresentaram sintomas graves (QUADROS 13A-C, APÊNDICES).

Ao comparar-se os pacientes do SgRS e do SgR, observou-se diferença estatística nos valores de *BDDE* total médio e de *BDDE* superiores a 66 nos dois subgrupos ($p<0,001$), mostrando a associação entre sintomas do TDC e insatisfação com a aparência física. Assim, no SgRS, a proporção de pacientes, que apresentou escores superiores a 66 no *BDDE*, foi de 99% (TABELA 7).

TABELA 7. Comparação das características clínicas no grupo rinoplastia (GR), em relação à presença de sintomas do TDC (BDDE).

RINOPLASTIA				
Variável	Normal (n= 72) média ± desvio-padrão ou n (%)	TDC (n= 79) média ± desvio-padrão ou n (%)	Estatística	Valor descritivo do teste
Insatisfação com Aparência¹				
Escore <i>BDDE</i> Total	67±30	118±20	t=12,22	p<0,001
Escore no <i>BDDE</i> > 66	36 (50)	78 (99)	χ ² =48,361	p<0,001
Grau de preocupação¹ (características obsessivas)				
Valorização do defeito				
Defeito real	4 (6)	---		
Defeito exagerado	60 (83)	72 (91)	χ ² =4,843	p=0,089
Defeito não observável	8(11)	7 (9)		
Percepções de autorreferência	22 (31)	63 (80)	χ ² =37,047	p<0,001
Tipos de comportamentos¹ (características compulsivas)				
Checgem				
Comparação com os outros	53 (74)	69 (87)	χ ² =4,577	p=0,032
Busca de reassseguramento	34 (47)	37 (47)	χ ² =0,002	p=0,962
Uso do espelho para verificação	68 (94)	75 (95)	χ ² =0,018	p=0,893
Inspeção de áreas do corpo	69 (96)	68 (86)	χ ² =4,263	p=0,039
Evitação e inibição				
Evita o espelho	18 (25)	40 (51)	χ ² =10,462	p=0,001
Estratégias de camuflagem	35 (49)	73 (92)	χ ² =35,471	p<0,001
Em situações públicas	8 (11)	45 (57)	χ ² =34,764	p<0,001
Em situações sociais	10 (14)	50 (63)	χ ² =38,392	p<0,001
Em atividades físicas	12 (17)	35 (44)	χ ² =13,421	p<0,001
Do contato físico	14 (19)	74 (94)	χ ² =85,355	p<0,001
Sexualidade inibida	39 (54)	76 (96)	χ ² =36,659	p<0,001

¹ - dados coletados no questionário Versão brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*t - Teste t-Student; - χ² Teste Qui-quadrado;

5.2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Houve associação de significância estatística entre percepções de autorreferência ($p < 0,001$) e a presença de sintomas do TDC.

A associação mostrou-se, também, significativa entre as variáveis comparação com os outros ($p = 0,032$) e inspeção de áreas do corpo ($p = 0,039$), que avaliaram tipos de comportamentos de checagem, e a presença da doença, quando comparados os SgRS e SgR.

Além disso, obteve-se associação entre os sintomas do TDC e todas as variáveis de evitação e inibição ($p < 0,001$), mostrando a diferença significativa entre os SgRS e SgR. No SgRS 94% dos pacientes evitaram o contato físico, sendo que 96% revelaram inibição em relação à sexualidade (TABELA 7).

Não houve diferença significativa entre os subgrupos do GR, quanto à variável valorização do defeito ($p = 0,089$), que avaliou o grau de preocupação em relação ao defeito percebido na aparência física.

Da mesma forma, não foi identificada diferença estatística entre os subgrupos em dois comportamentos de checagem: busca de reassuramento em relação à aparência física ($p = 0,962$) e uso do espelho para verificação do defeito percebido ($p = 0,893$) (TABELA 7).

Houve associação de significância estatística entre a variável tempo gasto com a aparência física ($p < 0,001$) e a presença de sintomas do TDC (TABELA 8).

TABELA 8. Comparação de variáveis de interesse entre os SgR e SgRS.

RINOPLASTIA				
Variável	Normal (n= 72) média ± desvio-padrão ou n (%)	TDC (n= 79) média ± desvio-padrão ou n (%)	Estatística	Valor descritivo do teste
Grau de preocupação² (características obsessivas)				
Tempo despendido com a aparência				
Até 1 hora por dia	31 (43)	6 (8)	$\chi^2=29,128$	$p<0,001$
De 1 a 3 horas por dia	11(15)	9 (11)		
Mais de 3 horas por dia	30(42)	64 (81)		
Tipos de comportamentos² (características compulsivas)				
Condutas autolesivas²				
<i>Skin-picking</i> e Tricotilomania	---	7 (9)	Fisher	$p<0,001$
Preocupação e insatisfação com a aparência física²				
Início (faixa etária)				
Infância/adolescência	52 (72)	70 (89)	$\chi^2=6,545$	$p=0,038$
Adulto	14 (20)	6 (7)		
Adulto após 40 anos	6 (8)	3 (4)		
Histórico de abuso²				
<i>Teasing e bullying</i>	47 (65)	73 (92)	$\chi^2=16,991$	$p<0,001$
Sexual	---	5 (6)	Fisher	$p=0,369$
Substâncias (álcool e drogas)	23 (32)	31 (39)	$\chi^2=0,873$	$p=0,035$
Histórico de suicídio²				
Ideação suicida (pensamento)	---	8 (10)	Fisher	$p=0,007$
Tentativa de suicídio (comportamento)	---	4 (5)	Fisher	$p=0,122$

² - Dados coletados na anamnese/protocolo para dados clínicos χ^2 - Teste Qui-quadrado; Teste Exato de Fisher

5.2.1.1 Início da preocupação e insatisfação com a aparência física

Houve associação entre o início da preocupação e insatisfação com aparência física e a fase infância/adolescência ($p=0,038$). No SgRS, a prevalência da insatisfação nesta fase foi de 89%, enquanto que no SgR, obteve-se a proporção de 72% de pacientes (TABELA 8).

5.2.1.2 Condutas autolesivas

Estes comportamentos foram observados em sete pacientes do gênero feminino (nº 5, 93, 96, 137, 145, 149, 151), no SgRS, sendo que, todas obtiveram escores elevados no *BDDE* (108, 106, 117, 104, 121, 128 e 134, respectivamente) (QUADROS 10A-J, APÊNDICES). As pacientes de nº 5, 93, 96 e 137 apresentaram sintomas moderados. As pacientes de nº 145, 149 e 151 revelaram sintomas graves (QUADROS 13A-C, APÊNDICES).

Os sintomas de tricotilomania foram observados em duas das sete pacientes acima referidas (nº 96 e 137). Todas as pacientes com sintomas de tricotilomania manifestaram, também, comportamentos de *skin picking*. Entretanto, o inverso não se verificou.

Houve diferença significativa entre os subgrupos, em relação aos sintomas autolesivos ($p<0,001$), revelando associação entre a variável e a presença de sintomas do TDC (TABELA 8).

O paciente de nº 150 apresentou comportamento de automutilação (cicatrizes provocadas por queimaduras com garfo quente e de cortes pelo corpo), que tinham, também, relação com o sofrimento causado pela aparência física. No *BDDE* observou-se escore de 140 pontos, foi incluído nos três critérios diagnósticos do TDC e apresentou sintomas graves (QUADROS 10A-J e 13A-C, APÊNDICES).

5.2.1.3 Histórico de abuso

Ao avaliar-se ocorrências de *teasing/bullying*, sofridos ao longo do tempo, observou-se diferença estatística entre os subgrupos ($p < 0,001$).

Quando comparados os dois subgrupos, em relação ao abuso de substâncias (álcool e drogas), encontrou-se diferença significativa ($p = 0,035$). Assim, no SgRS identificou-se maior proporção de abusos, tanto de comportamentos de *teasing/bullying* (92%), como de substâncias (álcool e outras drogas) (39%), quando comparado ao SgR (65%) e (32%), respectivamente (TABELA 8).

Estes dados revelaram associação de significância estatística entre as variáveis *teasing/bullying*, abuso de substâncias (álcool e outras drogas) e a presença de sintomas do TDC.

Não houve diferença estatística em relação ao abuso sexual, quando foram comparados os dois subgrupos ($p = 0,369$) (TABELA 8).

5.2.1.4 Histórico de suicídio

No SgRS, oito pacientes (10%) relataram ideação suicida (nº 19, 49, 96, 144, 145, 149, 150 e 151), dos quais quatro do gênero feminino (5%) tentaram o suicídio (nº 49, 144, 145, 149) e pertenciam ao grupo das que sofreram abuso sexual na infância e na adolescência (QUADROS 10A-J, APÊNDICES).

O paciente de nº 150, o único do gênero masculino, revelou comportamentos graves de automutilação, ideação homicida e suicida.

Quando comparados, em relação à variável ideação suicida, os subgrupos apresentaram diferença significativa ($p=0,007$), revelando associação entre ideação e sintomas do TDC, mas que não foi identificada em relação ao comportamento de suicídio ($p=0,122$).

Não houve relato de histórico de ideação e tentativa de suicídio no SgR (TABELA 8).

5.2.2 BUSCA DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

No GR (n=151), 20% dos pacientes (n=30) procuraram tratamento farmacológico ou psicológico, por razões associadas a eventos da vida e que, segundo relato dos pacientes, provocaram sofrimento.

No SgRS (n=79), 23% dos pacientes (n=18) buscaram tratamento farmacológico ou psicológico ao longo do tempo. Estes pacientes

receberam diagnóstico e tratamento para depressão, ansiedade, transtorno do pânico e transtorno obsessivo compulsivo. Neste subgrupo, 77% dos pacientes (n=61) nunca procuraram tratamento psiquiátrico, ou psicológico, sendo que, 38% apresentaram sintomas graves do TDC (QUADROS 10A-J, APÊNDICES).

5.2.3 BUSCA DE TRATAMENTOS ESTÉTICOS

No SgRS (n=79), 20% (n=16) relatou ter-se submetido a outras cirurgias plásticas, sendo que, 5% revelou repetir o mesmo procedimento — a rinoplastia. Sete pacientes relataram satisfação com o resultado de cirurgias anteriores, enquanto nove expressaram insatisfação com o resultado final.

No SgR (n=72), 15% dos pacientes relataram a realização de outras cirurgias plásticas.

Os exercícios físicos em academia foram considerados procedimentos estéticos, devido ao propósito de melhora da aparência, segundo relato dos pacientes. Desta forma, no SgRS, a academia foi o mais procurado para a melhora da aparência física (59%), seguido da dermatologia (22%), cirurgia plástica (20%) e odontologia (4%). Neste subgrupo, 19% pacientes não procuraram outro procedimento estético, antes do momento da entrevista (FIGURA 1), (QUADRO 17 EM APÊNDICES).

5.3 RITIDOPLASTIA: INSATISFAÇÃO CORPORAL E SINTOMAS DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC)

No grupo ritidoplastia (GRit) (n=59), 66% dos pacientes obtiveram escores acima de 66 no *BDDE* (QUADROS 15A-B, APÊNDICES).

No subgrupo sem sintomas (SgRit) (n=34), a prevalência do gênero feminino foi de 97%, e no subgrupo com sintomas (SgRitS) (n=25) foi de 92% (QUADROS 9A-B E 12A-D, APÊNDICES).

Segundo o *BDDE* e em relação à presença de sintomas do TDC, 58% dos pacientes (GRit) não apresentaram sintomas (n=34), enquanto que 42% dos pacientes foram incluídos nos três critérios diagnósticos do TDC (n=25) (QUADRO 2). Considerando-se a gravidade dos sintomas, 36% dos pacientes apresentaram sintomas moderados e 64% revelaram sintomas graves (QUADROS 15A-B, APÊNDICES).

Ao comparar-se no GRit, os pacientes que não apresentaram sintomas do TDC com os que apresentaram, observou-se que os valores de *BDDE* total médio e de *BDDE* superior a 66 apresentaram diferenças estatísticas ($p<0,001$), revelando associação significativa entre sintomas do TDC e insatisfação com a aparência física. No SgRitS, a proporção de pacientes com escores superiores a 66 no *BDDE*, foi de 100% (TABELA 9).

TABELA 9. Comparação das características clínicas no grupo ritidoplastia (GRit), em relação à presença de sintomas do TDC.

RITIDOPLASTIA				
Variável	Normal (n= 34) média ± desvio-padrão ou n (%)	TDC (n= 25) média ± desvio-padrão ou n (%)	Estatística	Valor descritivo do teste
Insatisfação com Aparência¹				
Escore <i>BDDE</i> Total	64±24	123±21	U=1139	p<0,001
Escore no <i>BDDE</i> > 66	14 (41)	25 (100)	$\chi^2=22,247$	p<0,001
Grau de preocupação¹ (características obsessivas)				
Valorização do defeito				
Defeito real	1 (3)	---		
Defeito exagerado	26 (77)	19 (76)	$\chi^2=0,098$	p=0,755
Defeito não observável	7 (20)	6 (24)		
Percepções de autorreferência	4 (12)	21 (84)	$\chi^2=30,786$	p<0,001
Tipos de comportamentos¹ (características compulsivas)				
Checagem				
Comparação com os outros	25 (74)	16 (64)	$\chi^2=0,617$	p= 0,432
Busca de reassuramento	10 (29)	16 (64)	$\chi^2=6,993$	p= 0,008
Uso do espelho para verificação	31 (91)	24 (96)	Fisher	p= 0,630
Inspeção de áreas do corpo	34 (100)	24 (96)	Fisher	p= 0,424
Evitação e inibição				
Evita o espelho	8 (24)	11 (44)	$\chi^2=2,765$	p= 0,096
Estratégias de camuflagem	19 (56)	23 (92)	$\chi^2=9,162$	p= 0,002
Em situações públicas	3 (9)	14 (56)	$\chi^2=15,632$	p< 0,001
Em situações sociais	5 (15)	17 (68)	$\chi^2=17,499$	p< 0,001
Em atividades físicas	2 (6)	16 (64)	$\chi^2=22,953$	p< 0,001
Do contato físico	11 (32)	22 (88)	$\chi^2=18,100$	p< 0,001
Sexualidade inibida	20 (59)	24 (96)	$\chi^2=10,502$	p=0,001

¹ - Dados coletados no questionário Versão brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*U - Teste de *Mann-Whitney*; χ^2 - Teste Qui-quadrado; Teste Exato de *Fisher*

5.3.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Entre os subgrupos notou-se diferença estatisticamente significativa, em relação à variável percepções de autorreferência ($p < 0,001$). Esta diferença foi, também, verificada na busca de reassuramento das preocupações com a aparência ($p = 0,008$), que mostrou um tipo de comportamento de checagem. Desta forma, no GRit houve associação significativa entre o grau de preocupação e angústia, busca de reassuramento e presença de sintomas do TDC.

Obteve-se associação entre sintomas do TDC em, praticamente, todas as variáveis de evitação e inibição no SgRitS, o que não ocorreu com o SgRit ($p < 0,003$). A única exceção foi quanto à variável uso do espelho/evitação, que não mostrou diferença significativa entre os subgrupos ($p = 0,096$) (TABELA 9).

Em relação à variável valorização do defeito, não houve diferença estatística, quando comparados os dois subgrupos ($p = 0,755$). Em ambos os subgrupos identificou-se sobrevalorização do defeito percebido.

Nos comportamentos de checagem (comparação da aparência física com os outros [$p = 0,432$], uso do espelho para verificação do defeito percebido [$p = 0,630$] e inspeção de áreas do corpo [$p = 0,424$]), não houve diferença significativa entre os subgrupos (TABELA 9).

Entre os subgrupos notou-se diferença significativa, em relação à variável tempo gasto com a aparência física ($p < 0,001$). No SgRitS,

nenhum dos pacientes gastou menos do que uma hora com a aparência física. A proporção de pacientes que apresentou grau de preocupação e angústia com a aparência (tempo gasto superior a três horas diárias [84%]) foi maior do que a encontrada no SgRit (44%) (TABELA 10).

TABELA 10. Comparação de variáveis de interesse entre os SgRit e SgRitS.

RITIDOPLASTIA				
Variável	Normal (n= 34) média ± desvio-padrão ou n (%)	TDC (n= 25) média ± desvio-padrão ou n (%)	Estatística	Valor descritivo do teste
Grau de preocupação² (características obsessivas)				
Tempo despendido com a aparência				
Até 1 hora por dia	13 (38)	---	$\chi^2=13,337$	$p=0,001$
De 1 a 3 horas por dia	6 (18)	4 (16)		
Mais de 3 horas por dia	15 (44)	21 (84)		
Tipos de comportamentos² (características compulsivas)				
Condutas autolesivas				
<i>Skin-picking</i> e Tricotilomania	---	2 (8)	Fisher	$p<0,999$
Preocupação e insatisfação com a aparência física²				
Início (faixa etária)				
Infância/adolescência	5 (15)	7 (28)	$\chi^2=2,284$	$p=0,319$
Adulto	5 (15)	5 (20)		
Adulto após 40 anos	24 (70)	13 (52)		
Histórico de abuso²				
<i>Teasing</i> e <i>bullying</i>	7 (21)	7 (28)	$\chi^2=0,437$	$p= 0,508$
Sexual	---	1 (4)	Fisher	$p=0,424$
Substâncias (álcool e drogas)	1 (3)	2 (8)	Fisher	$p= 0,569$
Histórico de suicídio²				
Ideação suicida (pensamento)	---	2 (8)	Fisher	$p= 0,175$
Tentativa de suicidio (comportamento)	---	---	Fisher	$p= 0,424$

² - Dados coletados na anamnese/protocolo para dados clínicos

χ^2 - Teste Qui-quadrado; Teste Exato de Fisher

5.3.1.1 Início da preocupação e insatisfação com a aparência física

Os subgrupos não mostraram diferença significativa em relação ao início da preocupação e insatisfação com aparência após os 40 anos ($p=0,319$) (TABELA 10).

5.3.1.2 Condutas autolesivas

No GRit, sintomas de *skin picking* foram identificados em dois pacientes; um dos quais apresentou sintomas de tricotilomania associados (sobrancelha e órgão genital). Ambos foram incluídos nos três critérios diagnósticos do TDC e apresentaram sintomas graves (QUADROS 12 A-D, APÊNDICES).

Não houve diferença significativa entre os subgrupos quanto a estes sintomas ($p>0,999$) (TABELA 10).

5.3.1.3 Histórico de abuso

Quanto ao histórico de abuso, não houve diferença significativa entre os subgrupos, ao avaliar ocorrências de *teasing/bullying* sofridos ao longo do tempo ($p=0,508$), abuso de substâncias (álcool e outras drogas) ($p=0,569$) e abuso sexual ($p=0,424$).

Entretanto, no SgRitS identificou-se maior proporção de comportamentos de abuso, associados ao *teasing/bullying* (28%), ao uso de substâncias (álcool e outras drogas) (8%) e abuso sexual (4%),

quando comparado ao SgRit (21%) e (3%) respectivamente. Não houve relato de abuso sexual no subgrupo sem sintomas (TABELA 10).

5.3.1.4 Histórico de suicídio

No SgRitS, dois pacientes relataram ideação suicida, um dos quais sofreu abuso sexual. Estes pacientes referiram aversão pelo corpo, sendo incluídos nos critérios diagnósticos do TDC e classificados como graves, em relação ao grau de sofrimento revelado (QUADROS 12A-D E 15A-B, APÊNDICES).

Não houve relato de tentativa de suicídio nos pacientes do GRit.

Os dois subgrupos não apresentaram diferença estatística em relação à ideação suicida ($p=0,175$) e tentativa de suicídio ($p=0,424$).

No GRit não houve associação significativa entre ideação e tentativa de suicídio, e a presença de sintomas do TDC (TABELA 10).

5.3.2 BUSCA DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

No GRit ($n=59$), 37% dos pacientes ($n=22$) procuraram tratamento farmacológico visando a melhora da saúde mental. Nenhum dos pacientes recebeu atendimento psicológico ao longo da vida.

As queixas relatadas, e relacionadas ao sofrimento, referiram-se a eventos da vida como luto, estupro, quedas com fraturas, doenças como fibromialgia e síndrome do pânico.

No SgRitS (n=25), 60% dos pacientes (n=15) nunca procurou atendimento em saúde mental, sendo que 36% destes pacientes (n=9) apresentou sintomas graves do TDC (QUADROS 12A-D E 15A-B, APÊNDICES).

5.3.3 BUSCA DE TRATAMENTOS ESTÉTICOS

No SgRitS (n=25), 36% dos pacientes relataram ter-se submetido a outras cirurgias plásticas, sendo que 16% revelaram repetir o mesmo procedimento — a ritidoplastia. Cinco pacientes ficaram insatisfeitos com os resultados cirúrgicos, enquanto quatro pacientes relataram satisfação com a cirurgia realizada.

A cirurgia plástica foi o procedimento estético mais procurado pelos pacientes do SgRitS (36%), seguida da academia (8%) e dermatologia (8%), e odontologia (4%).

Doze pacientes (48%) não tinham realizado qualquer tratamento estético até o momento da entrevista (FIGURA 1), (QUADRO 17 EM APÊNDICES).

5.4 INSATISFAÇÃO CORPORAL

Nas três especialidades de cirurgia plástica, os pacientes que apresentaram sintomas do TDC, foram coerentes em apontar a área específica do corpo considerada para a cirurgia. Desta forma, todos os pacientes do GA (n=51) assinalaram o abdome como região de interesse,

todos do GR (n=79) referiram o nariz como região de interesse e todos os do GRit (n=25) apontaram a face como região de interesse.

Entretanto, desconsiderando-se os valores de coerência, verificou-se que no GA, os pacientes relataram outras 20 regiões do corpo que desejavam alterar. No GR, foram apontadas 25 áreas do corpo e no GRit foram assinaladas 18.

As regiões de insatisfação mais citadas no GA foram nariz, seguido de mamas e face. No GR foram assinalados o abdome, mamas, face, rugas, massa muscular e pele, como razões de insatisfação corporal. No GRit, as partes no corpo mais referidas foram abdome, nariz e mamas (FIGURA 2), (QUADRO 16 EM APÊNDICES).

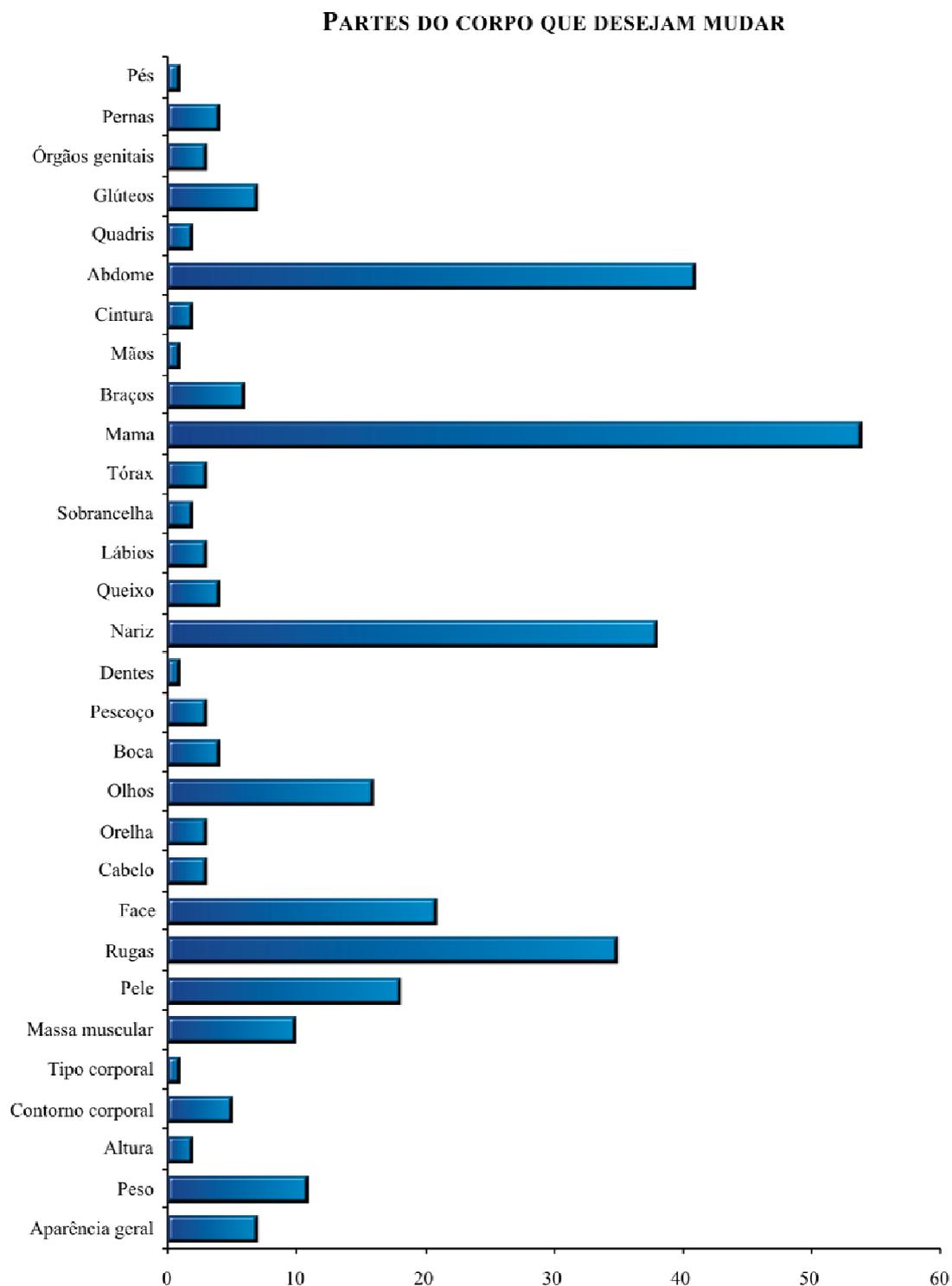


FIGURA 2. Distribuição das áreas do corpo de insatisfação, citadas pelos pacientes com sintomas do TDC (*BDDE*), nos três tipos de cirurgia plástica.

Em cada grupo, a proporção do número de menções, em que as partes do corpo foram assinaladas, foi de 1,8 (92/51) no GA, 1,8 (148/79) no GR e 2,84 (71/25) no GRit. Por conseguinte, embora no GRit os pacientes tenham apontado menos áreas no corpo que desejariam alterar, a proporção foi maior em relação à dos outros grupos (QUADRO 16, APÊNDICES).

Ao analisar os grupos cirúrgicos, e não apenas os subgrupos com sintomas, verificou-se que, no GA (n=90), 10% dos pacientes desejavam mudar apenas o abdome, ou seja, 90% dos pacientes desejavam mudar outras partes do corpo além do abdome.

No GR (n=151), 21% dos pacientes pretendiam fazer somente a cirurgia de nariz, ou seja, 79% dos pacientes que buscavam a alteração do nariz, desejavam mudar também outras partes do corpo.

No GRit (n=59), 25% dos pacientes desejavam mudar apenas a face, sendo que 75% dos pacientes manifestaram desejo de mudar outras partes do corpo além da face.

5.5 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC), EM TRÊS PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA PLÁSTICA

A prevalência de sintomas de TDC, nos três grupos de cirurgia plástica foi identificada conforme o QUADRO 6.

QUADRO 6. Prevalência de sintomas de TDC.

%	Grupos	n
57	Abdominoplastia (GA)	(51/90)
52	Rinoplastia (GR)	(79/151)
42	Ritidoplastia (GRit)	(25/59)

Não houve associação entre a prevalência de sintomas e o tipo de cirurgia plástica. A proporção de pacientes com sintomas não apresentou diferença significativa entre os grupos cirúrgicos ($\chi^2=2,967$; $p=0,227$).

5.6 SINTOMAS DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC) NOS TRÊS GRUPOS DE CIRURGIA PLÁSTICA

Este item relata a associação entre as variáveis estudadas nos SgAS, SgRS, SgRitS e o grupo cirúrgico.

Os três grupos de cirurgia plástica apresentaram diferença estatística nas variáveis idade ($p < 0,001$) e IMC ($p = 0,001$), em relação à presença da doença (TABELA 11; APÊNDICES).

Os valores médios do *BDDE*, entre os três grupos de cirurgia plástica, não apresentaram diferença significativa ($p = 0,488$), revelando que todos os pacientes, que apresentaram sintomas, estavam insatisfeitos com a aparência física (TABELA 12).

Todavia, em relação à distribuição dos sintomas em moderados e graves houve diferença significativa nos três procedimentos cirúrgicos ($p = 0,018$), sendo o GRit o que apresentou maior proporção de casos graves (64%) e o GR o que mostrou menor proporção de casos graves (38%) (TABELA 12).

TABELA 12. Comparação das características clínicas no grupo com sintomas do TDC (BDDE), categorizadas por tipo de cirurgia.

Variável	TDC			Estatística e valor descritivo do teste
	Abdominoplastia (n= 51) média ± desvio-padrão ou n (%)	Rinoplastia (n= 79) média ± desvio-padrão ou n (%)	Ritidoplastia (n= 25) média ± desvio-padrão ou n (%)	
Insatisfação com Aparência¹				
Escore BDDE Total	120±26	118±20	123±21	H=1,44 p=0,488
Grau de preocupação¹ (características obsessivas)				
Valorização do defeito				
Defeito real	---	---	---	$\chi^2=5,454$ p=0,065
Defeito exagerado	42 (82)	73 (92)	19 (76)	
Defeito não observável	9 (18)	6 (8)	6 (24)	
Percepções de autorreferência	49 (96)	76 (96)	25 (100)	---
Tipos de comportamentos¹ (características compulsivas)				
Checagem				
Comparação com os outros	43 (84)	68 (86)	16 (64)	$\chi^2=6,543$ p=0,038
Busca de reassuramento	23 (45)	37 (47)	14 (56)	$\chi^2=6,543$ p=0,038
Uso do espelho para verificação	49 (96)	75 (95)	24 (96)	$\chi^2=0,112$ p=0,945
Inspeção de áreas do corpo	50 (98)	69 (87)	25 (100)	$\chi^2=7,656$ p=0,022
Evitação e inibição				
Evita o espelho	30 (59)	39 (49)	11 (44)	$\chi^2=1,801$ p=0,406
Estratégias de camuflagem	49 (96)	73 (92)	24 (96)	$\chi^2=0,942$ p=0,624
Em situações públicas	27 (53)	46 (58)	14 (56)	$\chi^2=0,352$ p=0,839
Em situações sociais	29 (57)	51 (65)	16 (64)	$\chi^2=0,832$ p=0,660
Em atividades físicas	27 (53)	36 (46)	16 (64)	$\chi^2=2,700$ p=0,259
Do contato físico	48 (94)	74 (94)	24 (96)	$\chi^2=0,189$ p=0,910
Sexualidade inibida	42 (82)	65 (82)	17 (68)	$\chi^2=2,683$ p=0,018
Aspecto dimensional¹				
Moderado	21 (41)	49 (62)	9 (36)	$\chi^2=8,063$
Grave	30 (59)	30 (38)	16 (64)	p=0,018

¹ - Dados coletados no questionário Versão brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*H - Teste *Kruskal-Wallis*; χ^2 - Teste Qui-quadrado

* - A diferença nos valores de n de cada subgrupo, não permite realizar um teste estatístico para a comparação das proporções da variável nos grupos de cirurgia.

Houve diferença significativa entre os grupos cirúrgicos quanto às variáveis: comparação com os outros ($p=0,038$); busca de reassseguramento das preocupações com a aparência física ($p=0,038$); e inspeção de áreas corporais ($p=0,022$), sendo a diferença assinalada nos GRit e GR. Assim, a proporção de pacientes que apresentou o comportamento de checagem comparação com os outros foi menor no GRit (64%). Já quanto à busca de reassseguramento, a proporção de pacientes foi maior (56%), quando comparada aos GA e GR. Em relação à inspeção de áreas do corpo, o GR mostrou menor proporção de pacientes (87%) quando comparada aos outros dois grupos (GA e GRit). Portanto, houve associação entre estes comportamentos de checagem e o grupo cirúrgico (TABELA 12).

Identificou-se associação significativa entre o início da insatisfação (idade) e as três especialidades cirúrgicas ($p<0,001$). No GA, a proporção de pacientes que começou a preocupar-se com a aparência antes dos 40 anos foi de 90%. No GR, esta preocupação foi localizada pela maioria dos pacientes na fase de infância e adolescência (90%). No GRit, a preocupação começou após os 40 anos (52%). (TABELA 13).

TABELA 13. Comparação das variáveis de interesse entre os SgAS, SgRS e SgRitS, categorizadas por tipo de cirurgia

TDC				
Variável	Abdominoplastia (n= 51) média ± desvio-padrão ou n (%)	Rinoplastia (n= 79) média ± desvio-padrão ou n (%)	Ritidoplastia (n= 25) média ± desvio-padrão ou n (%)	Estatística e valor descritivo do teste
Grau de preocupação² (características obsessivas)				
Tempo despendido com a aparência				
Até 1 hora por dia	4 (8)	6 (8)	---	$\chi^2=2,620$
De 1 a 3 horas por dia	8 (16)	9 (11)	4 (16)	$p=0,623$
Mais de 3 horas por dia	39 (76)	64 (81)	21 (84)	
Tipos de comportamentos² (características compulsivas)				
Condutas autolesivas				
<i>Skin-picking</i> e Tricotilomania	4 (8)	7 (9)	2 (8)	$\chi^2=0,048$ $p=0,979$
Preocupação e insatisfação com a aparência física²				
Início (faixa etária)				
Infância/adolescência	25 (49)	71 (90)	7 (28)	$\chi^2=66,588$
Adulto	21 (41)	5 (6)	5 (20)	$p=0,001$
Adulto após 40 anos	5 (10)	3 (4)	13 (52)	
Histórico de abuso²				
<i>Teasing e bullying</i>	35 (69)	73 (92)	7 (28)	$\chi^2=42,371$ $p<0,001$
Sexual	---	5 (6)	1 (4)	---*
Substâncias (álcool e drogas)	10 (20)	31 (39)	2 (8)	$\chi^2=11,755$ $p=0,003$
Histórico de suicídio²				
Ideação suicida (pensamento)	4 (8)	8 (10)	2 (8)	$\chi^2=0,235$ $p=0,889$
Tentativa de suicídio (comportamento)	2 (4)	4 (5)	---	---*

² - Dados coletados na anamnese/protocolo para dados clínicos

χ^2 - Teste Qui-quadrado

* - A diferença nos valores de n de cada subgrupo, não permitiu realizar um teste estatístico para a comparação das proporções da variável nos grupos de cirurgia.

Em relação ao histórico de abuso verificou-se que, tanto no *teasing/bullying* ($p<0,001$), quanto de substâncias (álcool e outras drogas) ($p=0,003$), os três grupos apresentaram distribuições estatísticas

diferentes, sendo o GR diferente dos demais. Neste grupo cirúrgico e em relação às variáveis que mediram histórico de abuso, a proporção de pacientes foi maior, quando comparada aos GA e GRit (TABELA 13).

Não houve relatos de abuso sexual no GA. Entretanto, no GR 6% dos pacientes relataram abuso sexual e no GRit a proporção deste tipo de abuso foi de 4%.

A prevalência de ideação suicida no GA foi de 8%, no GR foi de 10% e no GRit foi de 8%. No GA, 4% dos pacientes tentaram suicídio e no GR identificou-se uma proporção de 5% de tentativas de suicídio. Este comportamento não foi identificado nos pacientes que procuraram a ritidoplastia.

Considerando-se os três grupos cirúrgicos, não houve diferença significativa em relação a condutas autolesivas ($p=0,976$) e ideação suicida ($p=0,889$), mostrando que não houve associação entre estas variáveis e o grupo cirúrgico (TABELA 13).

5.7 GRAVIDADE DOS SINTOMAS COMO MEDIDA DE DIAGNÓSTICO DIMENSIONAL

As variáveis avaliadas em relação à presença de sintomas, foram categorizadas por expressão de gravidade, mostrando as diferenças entre sintomas moderados e graves.

Quando analisados os valores do *BDDE* total médio, e em relação à classificação dos sintomas do TDC, verificou-se diferença significativa entre sintomas moderados e graves ($p < 0,001$) (TABELA 14, APÊNDICES).

Houve associação significativa entre comportamentos de evitação e a gravidade dos sintomas do TDC. Notou-se diferença estatística significativa entre sintomas moderados e graves, em relação aos comportamentos de evitação ($p < 0,001$). Estas variáveis avaliaram o prejuízo do funcionamento (agir) que foi medido pela frequência de comportamentos de esquiva em situações públicas, sociais e atividades ao ar livre e ainda pelo grau de inibição em relação ao contato físico.

Entretanto, não houve diferença significativa entre sintomas moderados e graves em relação ao início da insatisfação ($p = 0,770$), ao tempo gasto ($p = 0,072$), valorização do defeito ($p = 0,717$) e percepções de autorreferência ($p = 0,618$). Esta diferença também não foi identificada nos comportamentos de checagem (comparação com os outros [$p = 0,254$], busca de reassseguramento [$p = 0,581$], uso do espelho [$p = 0,716$] e inspeção de áreas corporais [$p = 0,211$]) e de evitação (uso do espelho [$p = 0,125$] e estratégias de camuflagem [$p = 0,168$]), bem como

em condutas autolesivas ($p=0,124$), histórico de abuso (*teasing/bullying* ($p=0,611$) e abuso de substâncias ($p=0,068$), mostrando que essas variáveis não influenciaram a gravidade dos sintomas do TDC.

Quando comparados os sintomas moderados e graves houve diferença de significância estatística em relação à ideação suicida ($p<0,001$). A ideação suicida foi relatada por 17% dos pacientes que apresentaram sintomas graves e por 1% dos pacientes com sintomas moderados.

Em relação à tentativa de suicídio, também houve diferença de significância estatística entre sintomas moderados e graves ($p=0,012$). Neste estudo, seis pacientes tentaram o suicídio, o que correspondeu a 9% dos pacientes que apresentaram sintomas graves.

Os resultados revelaram associação entre a gravidade dos sintomas do TDC e a ideação e tentativa de suicídio. Esta associação foi igualmente obtida em relação ao abuso sexual ($p=0,026$). Apenas um dos pacientes que sofreu abuso sexual apresentou sintomas moderados. Os outros cinco pacientes (7%) apresentaram sintomas graves. Desta forma, sintomas mais graves indicaram acentuado nível de sofrimento (TABELA 14, APÊNDICES).

Considerando a classificação dos sintomas em moderados e graves, os valores do *BDDE* total médio mostraram diferença estatística entre estas duas classificações no GA ($W=987,5$; $p<0,001$), GR ($W=1405$; $p<0,001$) e GRit ($W=67$; $p=0,005$), mostrando diferença nos grupos moderado e grave em todos os grupos de cirurgia.

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) caracteriza-se por uma preocupação excessiva com um, ou mais defeitos, ou falhas percebidas na aparência física, que não são observáveis, ou aparecem como muito discretas, para os outros. Refere-se a qualquer parte, ou aspecto do corpo, como tamanho, textura ou cor (VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003). Essa preocupação provoca sofrimento clinicamente significativo, ou prejuízo em áreas importantes do funcionamento global do paciente (SARWER & CRERAND, 2008; DIDIE, KUNIEGA-PIETRZAK, PHILLIPS, 2010; PHILLIPS *et al.*, 2010), muitas vezes, acompanhado por depressão e ideação suicida (PHILLIPS *et al.*, 2005b; FEUSNER *et al.*, 2007). O TDC é categorizado como transtorno neuropsiquiátrico e envolve fatores biológicos como vulnerabilidade genética e disfunção neuroquímica (BUHLMANN *et al.*, 2002; GABBAY *et al.*, 2003; FEUSNER, YARYURA-TOBIAS, SAXENA, 2008), bem como aspectos da história individual (AOUIZERATE *et al.*, 2003; ZUCKERMAN & ABRAHAM, 2008). O conhecimento da etiologia permite compreender e identificar os seus sintomas e déficits neurocognitivos, diferenciando-o de outros transtornos mentais relacionados (HANES, 1998; RAUCH *et al.*, 2003; CAREY *et al.*, 2004; FEUSNER, YARYURA-TOBIAS, SAXENA, 2008). De acordo com FEUSNER *et al.* (2007), entender a neurobiologia do TDC poderia elucidar a fisiopatologia subjacente aos sintomas clínicos, para melhorar estratégias de atendimento a pacientes com TDC.

O TDC é um fenômeno observado em diferentes períodos e culturas e que, apesar de parecer um tema contemporâneo, foi descrito pela primeira vez em 1886 como dismorfofobia (HAY, 1970ab; MORSELLI & JEROME, 2001). Os primeiros trabalhos na literatura surgiram no campo de estudos sobre aspectos psiquiátricos na cirurgia plástica (EDGERTON, JACOBSON, MEYER, 1960; KNORR, EDGERTON, HOOPES, 1967; HAY, 1970ab; ANDREASEN & BARDACH, 1977). Entretanto, há cerca de 20 anos foi incluído nas principais classificações psiquiátricas (PAVAN *et al.*, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2010).

O diagnóstico só foi possível a partir do momento em que o corpo mostrou-se como foco principal de atenção, tornando-se um fenômeno social (FONTENELLE *et al.*, 2006; SARWER & CRERAND, 2008; SWAMI *et al.*, 2009).

Não obstante, a metodologia heterogênea, marcada com descrições de relatos de caso e entrevistas não padronizadas em pequenas casuísticas, invalidou a predição de seus achados (PHILLIPS *et al.*, 2005c; BELLINO *et al.*, 2006; SARWER & CRERAND, 2008). CANSEVER *et al.* (2003) acrescentaram, ainda, que as diferenças nos padrões sociais, normas e valores culturais na prevalência do TDC poderiam influenciar na análise e aplicabilidade dos resultados. Além disso, a fragilidade de estudos na prática psiquiátrica, com dados retrospectivos e viés de seleção dos pacientes, revelaram falhas na identificação e tratamento do transtorno mental (PHILLIPS *et al.*, 2001; VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; VEALE, 2004; CRERAND *et al.*, 2005; PAVAN *et al.*, 2008).

Estudos de prevalência indicaram que cerca de 1 a 6% da população foi incluída nos critérios diagnósticos de TDC (BOHNE *et al.*, 2002; CANSEVER *et al.*, 2003; GLASER, KAMINER, 2005; HEPBURN & CUNNINGHAM, 2006; RIEF *et al.*, 2006; KORAN *et al.*, 2008; TAQUI *et al.*, 2008; BUHLMANN *et al.*, 2010). Por outro lado, identificou-se que até 16% dos pacientes em atendimento psiquiátrico preencheram critério pelo *DSM-IV* de TDC (GRANT, KIM, CROW, 2001; DYL *et al.*, 2006; CONROY *et al.*, 2008). Já a prevalência dessa condição em pacientes que buscaram atendimentos dermatológicos foi de até 14% (PHILLIPS *et al.*, 2000; POLLICE *et al.*, 2009; CONRADO *et al.*, 2010). Contudo, é um transtorno mental pouco estudado e com diagnóstico não reconhecido na prática médica (FEUSNER *et al.*, 2007).

Os critérios diagnósticos do TDC em Cirurgia Plástica

Em Cirurgia Plástica, estudos de prevalência do TDC são menos frequentes (KISELY *et al.*, 2002; HONIGMAN, PHILLIPS, CASTLE, 2004). Esse fato pode relacionar-se à dificuldade de diagnóstico (CRERAND, FRANKLIN, SARWER, 2006; SARWER & CRERAND, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2010), pois os critérios diagnósticos que caracterizam o quadro clínico desse transtorno mental, confundem-se com a essência da motivação e indicação, inerentes à insatisfação com a aparência e busca da especialidade. Assim, o critério A (TDC/*DSM-IV-TR*TM) (QUADRO 4) descreve a maioria dos indivíduos que procuram a cirurgia plástica. Isto é, a classificação de uma característica, tida como normal, ou uma falha sobrevalorizada, é subjetiva, tanto para o paciente como para os cirurgiões (ANDREASEN & BARDACH, 1977). Por outro lado, e considerando o critério B (TDC/*DSM-IV-TR*TM) (QUADRO 4),

os pacientes que desejam submeter-se à cirurgia plástica manifestam insatisfação com a imagem corporal, muito particularmente com uma região específica do corpo (HANES, 1998; GABBAY *et al.*, 2003; BUHLMANN *et al.*, 2007). Dessa forma, o grau de angústia e sofrimento pode variar e comprometer de maneira diferente a qualidade de vida de cada indivíduo, sendo, contudo, o critério mais importante para ser avaliado em pacientes de cirurgia plástica (SARWER & CRERAND, 2008). Esse critério tem um efeito significativo na prevalência do TDC, já que a insatisfação e preocupação com a aparência são comuns e assumem condição normativa na população de uma forma geral (KORAN *et al.*, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2010). Além disso, considerando o critério C (TDC/DSM-IV-TRTM) (QUADRO 4), nem sempre preocupações em relação ao peso e à forma corporal, ou sentimentos de inadequação em relação à identidade de gênero, por exemplo, preenchem os critérios diagnósticos de anorexia nervosa, ou de transtornos sexuais e da identidade de gênero (DYL *et al.*, 2006; DIDIE, REINECKE, PHILLIPS, 2010; NASCIMENTO *et al.*, 2010), mostrando que entre os sintomas há similaridades e fronteiras muito pouco definidas.

O protocolo desenvolvido para este estudo teve como objetivo avaliar dados demográficos e refinar características clínicas dos sintomas do TDC, revelando aspectos epidemiológicos em população candidata a três procedimentos de cirurgia plástica. As características clínicas pesquisadas incluíram: percepções de autorreferência, comportamentos de checagem, desejo de cirurgias plásticas, dietas e exercícios excessivos, além de comportamentos autolesivos como *skin picking*, ou de inibição e evitação de situações, e estratégias de camuflagem (HANES, 1998; PHILLIPS &

DUFRESNE, 2000; VEALE, 2004; PAVAN *et al.*, 2008). Desta forma, o padrão de déficits neurocognitivos (pensamentos com características obsessivas e tipos de comportamentos compulsivos), observados e avaliados nas variáveis clínicas, revelou os sintomas do TDC e definiu o perfil clínico da população estudada.

CIRURGIA PLÁSTICA E IMAGEM CORPORAL

Indivíduos que desejam submeter-se a um procedimento de cirurgia plástica apresentam perfis diferentes da população em geral, uma vez que, a aparência é importante e fundamental para a avaliação da autoestima e imagem corporal (SWAMI *et al.*, 2009; DE BRITO *et al.*, 2010). Por outro lado, os fatores causais que se referem à motivações e expectativas, bem como à experiência subjetiva de satisfação, são diferentes e específicos a cada tipo de procedimento cirúrgico (DE BRITO *et al.*, 2010), na medida em que, não contemplam e caracterizam a Cirurgia Plástica como um todo. Portanto, cada procedimento possui suas próprias características e especificidades e, por esta razão, a casuística deste estudo, composta por três tipos cirúrgicos, foi caracterizada de forma independente.

O desenvolvimento da imagem corporal ocorre em estágios (MCGRATH & MUKERJI, 2000) e revela fatos do aspecto social e psicológico da aparência (DE BRITO *et al.*, 2010). Desta forma, etapas como a adolescência, a gestação e o envelhecimento nortearam a escolha dos três procedimentos de cirurgia plástica deste estudo, pois são períodos críticos do ciclo vital, no qual o corpo humano passa por diversas alterações, e que

têm repercussão na vida de cada indivíduo (MACGREGOR, 1981; MCGRATH & MUKERJI, 2000; BUHLMANN *et al.*, 2008; PARK *et al.*, 2009). Por outro lado, assinalam faixas etárias diferentes que podem avaliar o início da insatisfação com a imagem corporal e, o curso do TDC ao longo do tempo.

A abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia são procedimentos procurados (HONIGMAN, PHILLIPS, CASTLE, 2004; FREDERICK, LEVER, PEPLAU, 2007; ZUCKERMAN & ABRAHAM, 2008), e que parecem justificar a queixa da insatisfação com a aparência dos pacientes, seja na deformidade abdominal, revelada pela perda do contorno corporal após gestações e alterações do peso, na falta de harmonia do rosto provocada pelo nariz e cuja insatisfação começou na adolescência, ou no resgate da beleza facial modificada pelo envelhecimento. Além disso, as cirurgias selecionadas para este estudo foram assinaladas, como frequentemente procuradas por pacientes com TDC (VEALE *et al.*, 2003; SARWER, CRERAND, DIDIE, 2003; CRERAND *et al.*, 2005; GLASER & KAMINER, 2005; BELLINO *et al.*, 2006; ANDRETTO AMODEO, 2007; BUHLMANN *et al.*, 2008; PAVAN *et al.*, 2008; PECORARI *et al.*, 2010; ALAVI *et al.*, 2011).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os pacientes foram selecionados, de forma consecutiva, e avaliados no pré-operatório, pelo período de um ano. O ambulatório de Triagem de Cirurgia Plástica foi incluído, além dos Setores específicos de Cirurgia Plástica do Nariz, Abdome e Face, para que o acesso a todos os pacientes,

que desejassem submeter-se às cirurgias selecionadas para este estudo, não fosse prejudicado.

Embora o tempo de investigação tivesse afetado a diferença da casuística (n), em cada um dos grupos, sob o ponto de vista estatístico, não comprometeu os resultados do estudo. A rinoplastia foi a cirurgia mais procurada concordando com os achados de HAY (1970ab); MCGRATH & MUKERJI (2000); PHILLIPS *et al.* (2001) e PHILLIPS (2006). Entretanto, este resultado não teve relação com a gravidade dos sintomas desta população específica, como referido por alguns autores (VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; ANDRETTO AMODEO, 2007; ENDE, LEWIS, KABAKER, 2008; PECORARI *et al.*, 2010; ALAVI *et al.*, 2011; GHADAKZADEH *et al.*, 2011), mas com a facilidade de acesso à cirurgia.

Os pacientes foram avaliados pela psicóloga clínica, de acordo com sua deformidade como observável, sobrevalorizada, não observável (*BDDE*). Embora, em alguns dos pacientes avaliados, os defeitos percebidos fossem reais para a observadora, não foram considerados como grandes deformidades físicas. Considerando-se que o objetivo do estudo não era o diagnóstico, mas a identificação de sintomas do TDC, estes pacientes não foram excluídos, por terem expressado sofrimento extremo com a aparência física, conforme proposto por SARWER *et al.* (1998) e HARRIS & CARR (2001). Segundo estes autores, o *DSM-IV* não categorizava adequadamente pacientes que apresentavam extrema angústia com questões de teor mais estético. Embora alguns pacientes do presente estudo (cinco no GA, quatro no GR e um no GRit) não pudessem ser incluídos no critério A do TDC (*DSM-IV-TR*TM) por apresentarem defeito real à observadora,

mostraram grau de insatisfação e preocupação com a aparência, com sofrimento clinicamente significativo (*BDDE*). Este aspecto foi igualmente identificado por NAHAS *et al.* (1999).

O padrão de escolaridade, de no mínimo quatro anos, foi considerado como critério de inclusão, para a compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da entrevista do *BDDE*, por parte dos indivíduos entrevistados. No momento inicial da explicação do estudo, os pacientes foram avaliados, em entrevista pela psicóloga clínica, quanto à presença de delírio e alucinações visuais e/ou auditivas, que não estivesse relacionada à própria aparência, e que configurassem a existência de delírios e alucinações (*DSM-IV-TR*TM). Só após esta entrevista, os pacientes assinaram o TCLE e foram incluídos ao estudo, conforme proposto por CONROY *et al.* (2008).

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Embora o protocolo do estudo permitisse a inclusão de indivíduos de ambos os gêneros, com idades compreendidas entre 18 e 70 anos, como também relatado por AOUZERATE *et al.* (2003), a média de idade dos pacientes no GA e no GR foi semelhante à encontrada em outros estudos, com pacientes que apresentaram sintomas de TDC e buscaram procedimentos em cirurgia plástica (ISHIGOOKA *et al.*, 1998; VINDIGNI *et al.*, 2002; VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; DIDIE, KUNIEGA-PIETRZAK, PHILLIPS, 2010), com exceção do GRit, em que a média de idade dos pacientes foi mais elevada. Este resultado pode ter relação com o fato de

não haver estudos, de avaliação de sintomas do TDC, nesta população específica (PHILLIPS *et al.*, 2010). Por outro lado, mostrou que o tratamento estético não foi, necessariamente, procurado desde cedo, conforme também relatado por outros autores (ISHIGOOKA *et al.*, 1998; AOUIZERATE *et al.*, 2003; VEALE, 2004; CRERAND *et al.*, 2005). Desta forma, a média das idades dos pacientes, nos diferentes grupos de cirurgia plástica, não revelou o início da insatisfação com a aparência, concordando com os achados de PAVAN *et al.* (2008).

BOHNE *et al.* (2002) relataram que havia mais semelhanças do que diferenças entre jovens e adultos. Portanto, a idade não interferiu na avaliação de sintomas de TDC, aspecto igualmente assinalado por MALICK, HOWARD, KOO (2008) e DIDIE, KUNIEGA-PIETRZAK, PHILLIPS (2010). No entanto, a gravidade dos sintomas costuma ser maior nos jovens, com particular expressão no abuso de substâncias, comportamentos de automutilação e tentativas de suicídio (PHILLIPS, 2000; VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; RAUCH *et al.*, 2003; PHILLIPS & MENARD, 2006; DYL *et al.*, 2006; CONROY *et al.*, 2008). Estes dados sugerem o efeito dramático da influência do tempo de duração do sofrimento, conforme foi identificado nos grupos GA e GR.

Os pacientes deste estudo que apresentaram sintomas do TDC e buscaram tratamento psicológico ou farmacológico, ao longo do tempo, não tiveram como causa principal o TDC, aspecto já ressaltado na literatura (CONROY *et al.*, 2008; PAVAN *et al.*, 2008; FIORI & GIANNETI, 2009). Estes pacientes foram anteriormente diagnosticados com transtornos mentais relacionados, e fibromialgia que, talvez neste caso, o quadro clínico

sugerisse um transtorno somatoforme (MALICK, HOWARD, KOO, 2008; DIDIE, KUNIEGA-PIETRZAK, PHILLIPS, 2010; BROWNING, FLETCHER, SHARPE, 2011). Estes dados demonstram a condição heterogênea do TDC (HANES, 1998; PHILLIPS, 2000; FEUSNER, YARYURA-TOBIAS, SAXENA, 2008) que, geralmente associado a comorbidades, pode agravar o nível de sofrimento dos pacientes (PHILLIPS, 2000; GRANT, KIM, CROW, 2001; FONTENELLE *et al.*, 2006). Por outro lado, a porcentagem de pacientes que apresentou sintomas graves sem, no entanto, ter procurado tratamento em saúde mental, mostrou que, indivíduos com TDC, não compreendem que o grau de insatisfação, refere-se ao grau de distorção da imagem corporal, conforme descrito na literatura (VINDIGNI *et al.*, 2002; CAREY *et al.*, 2004; PAVAN *et al.*, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2008). Por este motivo, procuram o cirurgião plástico. Este fato deve ser entendido como uma incapacidade de resposta inibitória às reações de aversão e ansiedade, em relação às falhas percebidas no corpo, com distorção da percepção visual, emocional e da imagem corporal. Esta disfunção parece associar-se à fisiopatologia e, conseqüentemente, à produção de sintomas e déficits neurocognitivos que caracterizam o TDC (RAUCH *et al.*, 2003; CAREY *et al.*, 2004; FEUSNER *et al.*, 2007; FEUSNER *et al.*, 2010).

Em relação à distribuição da variável estado civil, identificou-se maior proporção de solteiros no GR, conforme também assinalado por VEALE *et al.* (1996). Embora em menor proporção, este comportamento foi igualmente observado nos pacientes que apresentaram sintomas do TDC dos outros grupos cirúrgicos, como foi relatado por PHILLIPS *et al.* (2001);

RIEF *et al.* (2006) e KORAN *et al.* (2008) e que pode relacionar-se a comportamentos de inibição e evitação do contato físico.

As diferenças entre os gêneros não puderam ser assinaladas, uma vez que o grupo do gênero masculino foi muito pouco expressivo em relação ao feminino, inviabilizando comparações estatísticas. Não obstante, observou-se que os sintomas do TDC foram semelhantes em uma ampla gama de características clínicas, em ambos os gêneros (BOHNE *et al.*, 2002; PHILLIPS, MENARD, FAY, 2006; PHILLIPS, 2006; THOMPSON & DURRANI, 2007; KORAN *et al.*, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2010; BJORNSSON, DIDIE, PHILLIPS, 2010), sugerindo que, as manifestações e especificidades do TDC, em cada um dos gêneros, não afetaram o critério diagnóstico essencial do TDC. De fato, no presente estudo não houve associação entre a prevalência de sintomas do TDC e o tipo de cirurgia, revelando que, embora tenham sido identificadas diferenças em relação às proporções nas variáveis clínicas em cada grupo cirúrgico, a expressão de sintomas do TDC apresentou-se constante.

INFLUÊNCIA DA CULTURA NA PERCEPÇÃO DA APARÊNCIA

Todavia, verificou-se que o gênero masculino preocupou-se mais com a pele, nariz e contorno corporal, e buscou preferencialmente a academia e tratamentos em Dermatologia para melhorar a aparência física. ALFANO *et al.* (2011) referiram que, entre os gêneros, as áreas de preocupação do corpo eram diferentes. Os resultados revelaram que tanto a insatisfação corporal, quanto os sintomas do TDC, expressaram-se mais no gênero

feminino, aspecto igualmente ressaltado em outros estudos (RIEF *et al.*, 2006; PHILLIPS, MENARD, FAY, 2006; CONROY *et al.*, 2008; KORAN *et al.*, 2008), revelando maior investimento neste grupo específico, bem como a possibilidade de influência de fatores socioculturais na preocupação com a aparência (WOODIE & FROMUTH, 2009; SWAMI *et al.*, 2009; DIDIE, KUNIEGA-PIETRZAK, PHILLIPS, 2010).

PHILLIPS & DIAZ (1997), ISHIGOOKA *et al.* (1998), TAQUI *et al.* (2008) e ALFANO *et al.* (2011) relacionaram as diferenças entre os gêneros à influência de fatores culturais na percepção da imagem corporal. Portanto, este aspecto pode ter contribuído para o grau de insatisfação com a aparência e a prevalência de sintomas do TDC identificados no presente estudo.

Além disso, CANSEVER *et al.* (2003) referiram que havia aspectos da aparência, diferentes entre as culturas e que poderiam influenciar na prevalência do TDC. Portanto, um estudo de prevalência, além de definir a frequência de casos existentes de uma determinada doença, em determinada população composta por sadios e doentes em um dado momento pode, também, identificar a influência da cultura, bem como encontrar semelhanças e diferenças nos ideais de aparência. Este aspecto pode ser relevante para a compreensão das motivações e expectativas dos pacientes que desejam submeter-se à cirurgia plástica. FONTENELLE *et al.* (2006), igualmente, ressaltaram a importância e a influência de fatores culturais, bem como seu papel na etiologia do TDC sugerindo investigações sistemáticas para identificar em que medida, os aspectos culturais no Brasil poderiam afetar a fenomenologia da preocupação com a

imagem corporal em pacientes com TDC, como verificado no gênero feminino deste estudo, e na prevalência de sintomas do TDC nos três grupos de cirurgia plástica. Por outro lado, VEALE (2004) apontou que, numa cultura com ênfase na aparência, o aumento de preocupações dismórficas corporais a partir de um modelo ideal, com índices altos de TDC, poderia estimular a busca por procedimentos de cirurgia plástica, conforme identificado no grau de insatisfação com a aparência física e na prevalência de sintomas do TDC, no presente estudo.

O conceito de beleza, essencialmente cultural, tal como o da imagem corporal, é dinâmico e relativo (MCGRATH & MUKERJI, 2000; SWAMI *et al.*, 2009; CALOGERO *et al.*, 2010). Desta forma, não se pode desvalorizar a importância do belo e do feio, na estruturação da subjetividade. SCHILDER (1935) afirmou que a própria beleza, ou feiura, não contará apenas para a imagem que se tem de si mesmo, mas, também, para aquela que os outros constroem a respeito. Certamente, a beleza e a feiura não são fenômenos do indivíduo isolado, mas fenômenos sociais da maior importância.

REGIÕES ESPECÍFICAS DE INSATISFAÇÃO CORPORAL

Na população estudada, a região do corpo citada como de maior insatisfação foram as mamas, seguida do abdome, nariz e rugas. Desta forma, o tamanho da mama e alterações do contorno corporal, o nariz não caucasiano, bem como o envelhecimento, foram as queixas mais prevalentes nos pacientes com sintomas.

Enquanto a mama e o abdome associavam-se à dimensão e forma do corpo, o desejo da mudança do nariz relacionou-se mais às questões étnicas, tal como referiram MCGRATH & MUKERJI (2000), CANSEVER *et al.* (2003) e ANDRETTO AMODEO (2007). Por outro lado, a preocupação com o envelhecimento pode expressar-se como queixa vaga, em pacientes com excessiva preocupação com a aparência, como foi observado em pacientes jovens que buscaram a rinoplastia, revelando a faceta sociocultural da preocupação com a aparência jovem e imutável ao tempo. Este resultado foi descrito de forma semelhante por HAY (1970a) e PAVAN *et al.*, em 2008. De acordo com PINTO & PHILLIPS (2005) e CALOGERO *et al.* (2010), a inquietação pode substituir a preocupação, expressa em expectativa ansiosa, aspecto que caracterizou esta queixa em pacientes jovens que buscaram a rinoplastia. Já BROSIG *et al.* (2001) dissertaram sobre o envelhecimento, dando o nome de síndrome de *Dorian Gray*, como variante do TDC. Os olhos, a face e a pele foram áreas de insatisfação corporal reveladas, sobretudo em ritidoplastia, evidenciando possível associação com o envelhecimento. Por outro lado, a preocupação com o peso e massa muscular, sugeriram a importância da aparência, na avaliação e satisfação da imagem corporal, na contemporaneidade (BUHLMANN *et al.*, 2007; KITTLER, MENARD, PHILLIPS, 2007; CONROY *et al.*, 2008; DIDIE, KUNIEGA-PIETRZAK, PHILLIPS, 2010;). PHILLIPS *et al.* (2010) consideraram que indivíduos com TDC apresentavam menos preocupação com o peso. Entretanto, acrescentaram que, nesses pacientes, as preocupações em relação ao peso e comportamento alimentar alterado (não incluídos como anorexia e bulimia nervosas), poderiam ser um desafio para o diagnóstico.

Desta forma, as regiões do corpo, além de assinalarem o aspecto específico e generalizado da preocupação e insatisfação corporal, podem revelar uma característica essencialmente sociocultural, por retratar a variante extrema de preocupações normais com a imagem corporal da população em geral, como ressaltado por outros autores (CANSEVER *et al.*, 2003; PHILLIPS *et al.*, 2010). Por outro lado, ao revelar a insatisfação corporal por áreas de preocupação, mostra atenção seletiva voltada para os detalhes da aparência, sugerindo disfunção no processamento de informações visuais e emocionais e da percepção da imagem corporal em pacientes com TDC, conforme relatado por FEUSNER *et al.* (2007) e FEUSNER *et al.* (2010).

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

O *BDDE*, instrumento selecionado, foi desenvolvido segundo os três critérios diagnósticos do TDC, descritos no *DSM-IV* (ROSEN & REITER, 1996) e, desde então, tem sido utilizado com frequência na comunidade científica (VINDIGNI *et al.*, 2002; CANSEVER *et al.*, 2003; PHILLIPS *et al.*, 2005c; PHILLIPS, MENARD, FAY, 2006; DYL *et al.*, 2006; KITTLER, MENARD, PHILLIPS, 2007; MALICK, HOWARD, KOO, 2008; PAVAN *et al.*, 2008; FIORI & GIANNETI, 2009; WOODIE & FROMUTH, 2009). Não obstante, apesar do coeficiente alfa 0.81 revelar boa consistência interna para o diagnóstico do TDC (ROSEN & REITER, 1996), não houve estudos posteriores que avaliassem a concordância entre os escores do *BDDE* e o diagnóstico do TDC. Portanto, neste estudo, o questionário teve como função a triagem de sintomas do TDC, numa população candidata a três

procedimentos de cirurgia plástica: abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia.

O *BDDE* é um questionário específico, que dimensiona os sintomas do TDC e o grau de insatisfação com a imagem corporal (ROSEN & REITER, 1996; MALICK, HOWARD, KOO, 2008). Este questionário teve suas propriedades comprovadas por processos de tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação, numa população de cirurgia plástica (JORGE *et al.*, 2008). O *BDDE* foi validado na versão entrevista e, embora demande tempo (KISELY *et al.*, 2002), bem como a experiência do profissional em sua aplicação (ROSEN & REITER, 1996), permite análise acurada do comportamento do paciente (JAKUBIETZ *et al.*, 2007). De acordo com alguns autores, indivíduos com esta doença costumavam referir dificuldades de ser compreendidos e, geralmente, mantinham segredo sobre seus sintomas (PHILLIPS *et al.*, 1993; VEALE, 2004; PHILLIPS *et al.*, 2005b; CONROY *et al.*, 2008; ENDE, LEWIS, KABAKER, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2008). Esta condição secreta pode representar, também, um dos fatores de influência do curso crônico dos sintomas. Por este motivo destacou-se a importância de triagem específica (PHILLIPS & DUFRESNE, 2000; CANSEVER *et al.*, 2003; BELLINO *et al.*, 2006). Desta forma, prevenir-se-ia a possibilidade de passarem despercebidos aos profissionais de saúde que, justificando a atenção apenas para a deformidade objetiva, poderiam confundir TDC com insatisfação corporal (HONIGMAN, PHILLIPS, CASTLE, 2004; VEALE, 2004; VULINK *et al.*, 2006).

Na revisão da literatura, o *BDDQ* foi utilizado por vários autores (PERTSCHUK *et al.*, 1998; PHILLIPS *et al.*, 2000; GRANT, KIM, CROW, 2001;

VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; DYL *et al.*, 2006; JAKUBIETZ *et al.*, 2007; CONROY *et al.*, 2008), sendo sua sensibilidade (100%) e especificidade (89%) avaliadas em estudos de psiquiatria (PHILLIPS *et al.*, 2000; BOHNE *et al.*, 2002; PECORARI *et al.*, 2010). Contudo, VEALE, DE HARO, LAMBROU (2003) e HONIGMAN, PHILLIPS, CASTLE (2004) relataram que o questionário de triagem *BDDQ* não foi validado em população de cirurgia plástica. PHILLIPS, MENARD, FAY (2006) acrescentaram que, se por um lado, o *BDDQ* era mais sensível a sintomas leves, o *BDDE* captava os sintomas mais graves, avaliando frequência e gravidade. Além disso, segundo os autores, o *BDDE* cobriria um espectro maior de sintomas e aspectos da imagem corporal.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que, as questões 1, 2, 3, 22, 33, 34 (*BDDE*), cuja finalidade seria a de refinar algumas informações e que, por serem permeadas pela subjetividade do entrevistador, poderiam comprometer a validade das respostas, não estão incluídas na pontuação total do questionário. Além disso, a hierarquia teórica pensamento/comportamento não está presente na estruturação do *BDDE*, evidenciando a acurácia na identificação da gravidade sintomatológica do TDC. Assim, as questões 9, 10 ou 11 e 13 (QUADRO 5) são necessárias e suficientes para que o paciente seja incluído no critério B/TDC, estando valorizada a preocupação medida pela frequência de pensamentos e sentimentos, neste perfil de pacientes. MÜHLBAUER, HOLM, WOOD (2001) e KORAN *et al.* (2008) ressaltaram a importância deste aspecto no critério B/TDC, tendo sido discutida e mantida na elaboração do DSM-V (PHILLIPS *et al.*, 2010). De fato, nem sempre a excessiva preocupação e angústia com

a aparência física implicam em comportamento alterado (ALTAMURA *et al.*, 2001; CONROY *et al.*, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2010), conforme verificado neste estudo. Ou seja, nem sempre o sofrimento é expresso de forma evidente no comportamento. Por outro lado, esta característica, essencialmente subjetiva, pode influenciar e ser uma das causas de dificuldade de identificação e diagnóstico do TDC (DE BRITO, NAHAS, FERREIRA, 2011).

A observação desse fenômeno, nesta casuística, permitiu avaliar o grau de prejuízo da qualidade de vida dos pacientes e inferir sobre o grau de sofrimento, classificando-os em moderados e graves. ENDE, LEWIS, KABAHER (2008) afirmaram que indivíduos com TDC, apresentavam critérios de funcionalidade diferentes, com graus de sofrimento variáveis, revelando diferentes estágios de gravidade da doença. Este aspecto dimensional dos sintomas do TDC foi igualmente referido por outros autores (JAKUBIETZ *et al.*, 2007; KORAN *et al.*, 2008).

INÍCIO DA INSATISFAÇÃO CORPORAL

Os resultados, em relação ao momento do início da insatisfação, em cada grupo, mostraram faixas etárias e fatores de influência diferentes. Enquanto no GA os pacientes começaram a preocupar-se com a aparência física antes dos 40 anos, no GR, os pacientes localizaram o início da insatisfação na infância e adolescência. OSMAN *et al.* (2004); BUHLMANN *et al.* (2007) e BUHLMANN *et al.* (2008) enfatizaram o papel das experiências infantis no desenvolvimento do TDC, destacando a qualidade vívida e recorrente de memórias passadas, como identificado no relato retrospectivo

deste grupo de pacientes. Imagens recorrentes e angustiantes são características do TDC (VEALE & NEZIROGLU, 2010) e podem caracterizar o curso crônico da doença (PHILLIPS *et al.*, 2008). Já no GRit, a preocupação e insatisfação com a aparência começou após os 40 anos, resultado contrário ao relatado por KORAN *et al.* (2008) e FIORI & GIANNETI (2009), que mencionaram a tendência de decrescer em indivíduos acima de 40 anos. Da mesma forma, VEALE & NEZIROGLU (2010) consideraram que o início tardio dos sintomas de TDC, não era comum. Entretanto, referiram como exceção, a possibilidade de surgirem associados a eventos da vida, como à perda de peso, ou ao fator envelhecimento, conforme identificado no GRit. Por outro lado, GLASER, KAMINER (2005) e PAVAN *et al.* (2008) relataram que o TDC poderia manifestar-se, inicialmente, na adolescência e início da vida adulta, e após a menopausa, como verificado nos três grupos. Embora PHILLIPS *et al.* (1993) e PHILLIPS *et al.* (2006) tenham descrito este aspecto como característica do seu curso crônico, num outro estudo, PHILLIPS *et al.* (2010) afirmaram que o TDC poderia ocorrer na vida adulta e que, embora exista em idosos, há poucos estudos nessa faixa etária.

Fatores como gestação, histórico de abusos (*teasing/bullying* e sexual) e negligência emocional, bem como a preocupação com o envelhecimento, influenciaram a manifestação e manutenção da doença nos pacientes, nos três grupos de cirurgia plástica. A insatisfação com a aparência física, como reação à interferência do meio ambiente, com particular referência ao fenômeno *teasing/bullying* foi discutida por VEALE (2004); VON SOEST *et al.* (2006) e PARK *et al.* (2009).

HISTÓRICO DE ABUSO

O GR apresentou proporção maior de histórico de *teasing/bullying* e abuso de substâncias (álcool e outras drogas), quando comparado aos outros dois grupos. No GA houve associação entre histórico de *teasing/bullying* e presença de sintomas do TDC. Além disso, no SgAS verificou-se que a proporção de abuso de substâncias (álcool e outras drogas) foi maior quando comparado ao SgA. Estes resultados podem relacionar-se ao momento do início da insatisfação na infância/adolescência, relatado por 49% dos pacientes que apresentaram sintomas no GA.

A relação entre históricos de abuso emocional (*teasing/bullying*, sexual) e de substâncias (álcool e outras drogas), em pacientes com TDC, foi descrita na literatura (PHILLIPS *et al.*, 2005b; BUHLMANN *et al.* 2008), bem como sua associação com a gravidade dos sintomas (GRANT & PHILLIPS, 2005; GRANT, MENARD, PHILLIPS, 2006; DYL *et al.*, 2006; DIDIE *et al.*, 2006; BUHLMANN *et al.*, 2007; BUHLMANN *et al.*, 2010).

HISTÓRICO DE SUICÍDIO

Tal como neste estudo, ALTAMURA *et al.* (2001) identificaram maior prevalência de ideação suicida em pacientes com sintomas graves de TDC. PHILLIPS *et al.* (2005b) relataram associação entre histórico de ideação suicida e depressão, e entre tentativa de suicídio e abuso de substâncias, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), transtornos da alimentação

(TA) e à ausência de crítica do estado mórbido, achados assinalados de forma semelhante por DYL *et al.* (2006). Esses resultados podem explicar a relação entre histórico de abusos e suicídio, encontrados neste estudo. Todas as pacientes que sofreram abuso sexual na infância e adolescência apresentaram grave distúrbio da imagem corporal. Assim, o evento traumático, da forma como é lembrado, pode desencadear, em alguns pacientes, o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). PHILLIPS & DUFRESNE (2000), THOMPSON & DURRANI (2007), RIEF *et al.* (2006) e CONROY *et al.* (2008) relacionaram ideação e tentativa de suicídio ao grau de comprometimento psicossocial provocado pelo TDC, como também identificado no presente estudo.

PREJUÍZO NAS RELAÇÕES AFETIVAS E SOCIAIS

O sofrimento dos pacientes com sintomas de TDC e que pontuaram zero ou escore abaixo de quatro, nas questões que avaliaram o comportamento de evitação ou inibição (critério B/*BDDE*), espelhou-se em outra medida — a sexualidade. Estes pacientes apresentaram pontuação seis (máxima), na inibição do contato físico (questão 29, não incluída nos critérios diagnósticos do TDC/*BDDE*), revelando, nesse comportamento, intensa insatisfação com a aparência. Entretanto, na questão 25 (incluída no critério B/*BDDE*) (QUADRO 5) que avalia o afastamento do contato físico, os pacientes pontuaram zero. Este fato pode relacionar-se com o teor das próprias questões, podendo apresentar-se como um viés para a análise de resultados. Assim, evitação e inibição ao contato físico são comportamentos que podem ter expressões e significados diferentes na

sexualidade. A inibição sugere associar-se mais ao conceito de intimidade e, por não ser um comportamento diretamente abordado, poderá ser um indicador de insatisfação e sofrimento, quando a medida for a própria sexualidade, conforme identificado neste estudo. Estes pacientes, classificados como moderados em seus sintomas, expressaram o prejuízo psicossocial na sexualidade. Este comportamento de inibição foi igualmente observado no grupo de pacientes considerado grave. Embora este grupo tivesse obtido pontuação máxima, tanto nas questões que avaliaram o grau de preocupação e angústia (sentir) como nos comportamentos de esquiva (agir) (critério B/TDC), todos pontuaram escore máximo no comportamento de inibição ao contato físico.

Desta forma, todos os pacientes que apresentaram sintomas compatíveis com o TDC, revelaram que a sexualidade encontrava-se inibida em sua função, conforme descrito por outros autores (ANDREASEN & BARDACH, 1977; VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; DYL *et al.*, 2006; CALOGERO & THOMPSON, 2009). Este dado mostra que a distorção da imagem corporal pode afetar e provocar uma relação alterada com o próprio corpo, cuja expressão pode ser a sexualidade, concordando com os achados de MCGRATH & MUKERJI (2000) ao afirmarem que a percepção da imagem corporal afetava a vida emocional e, em última análise, a mudança do comportamento. De fato, obteve-se associação entre a presença dos sintomas do TDC e inibição da sexualidade no GA, GR e GRit. VEALE (2004); KORAN *et al.* (2008) e FIORI & GIANNETI (2009) relataram que estes pacientes evitavam o contato mais íntimo, por vergonha e constrangimento

em relação às falhas percebidas, inibindo a possibilidade de relações sociais e afetivas, aspecto identificado neste estudo.

COMPORTAMENTOS AUTOAGRESSIVOS

Observou-se, em alguns casos graves do GR, comportamentos impulsivos como a compra compulsiva de roupas ou de produtos de beleza, de exercícios excessivos e de procura de vários procedimentos estéticos, bem como o uso de *cannabis* e álcool. Este tipo de comportamento em pacientes com TDC tem como propósito desviar a atenção e a preocupação da própria aparência (PHILLIPS *et al.*, 1993). Por outro lado, comportamentos de automutilação, como *skin picking* e tricotilomania (cabelo, sobrancelha e órgãos genitais), também foram observados nos três grupos de cirurgia, e associaram a finalidade à melhora da aparência, descritos igualmente por VEALE, DE HARO, LAMBROU (2003) e CASTLE, PHILLIPS, DUFRESNE (2004). Portanto, foram considerados sintomas secundários ao TDC, conforme assinalado por BOHNE *et al.* (2002); FONTENELLE *et al.* (2002) e GRANT, MENARD, PHILLIPS (2006). Os comportamentos de *skin picking* pareceram motivados por sensações tácteis de queimadura, dor e inchaço relacionados ao sofrimento com a aparência. A busca por procedimentos em dermatologia pode relacionar-se com comportamentos de *skin picking* (CASTLE, PHILLIPS, DUFRESNE, 2004; VEALE & NEZIROGLU, 2010), identificados em maior proporção no GR.

Entretanto, no paciente de nº 149, os comportamentos de automutilação (cicatrizes provocadas por queimaduras com garfo quente e

por cortes pelo corpo), embora tivessem relação com o sofrimento causado pela aparência física, não eram uma resposta ao defeito percebido na pele. Estes comportamentos mostraram características impulsivas, cuja função seria a de diminuir graus de angústia e ansiedade e, portanto, mais relacionados ao transtorno de personalidade *borderline* (VEALE & NEZIROGLU, 2010). De acordo, também, com outros autores, a presença de transtornos de personalidade, geralmente, refletia a gravidade dos sintomas, sendo o TDC comum em pacientes com transtorno de personalidade *borderline* (VINDIGNI *et al.*, 2002; PHILLIPS *et al.*, 2005c; BELLINO *et al.*, 2006; FIORI & GIANNETI, 2009). Este paciente apresentou sintomas graves de acordo com o *BDDE*.

Comportamentos que caracterizam os chamados *DIY (Do it yourself)*, quando em casos extremos, o paciente tenta alterar de forma dramática a própria aparência (PHILLIPS *et al.*, 2001; VEALE, 2000; VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; VEALE, 2004; THOMPSON & DURRANI, 2007), como podem ser os de *skin picking*, foram verificados em alguns casos graves do GR (uso de cola *superbonder*, esparadrapo e pregadores de roupa para “afinar” o nariz, tentativa de realizar a própria cirurgia, ou na exposição excessiva do corpo a tipos de bronzeamento natural e artificial). Estes comportamentos podem, igualmente, ser considerados de automutilação, pelo grau de sofrimento físico infligido ao corpo. Uma paciente (nº145) relatou ter comprado um bisturi, mas “por não saber o ponto exato da anestesia”, desistiu e optou por procurar o serviço de rinoplastia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Esta paciente trouxe fotos de artistas, com tipos de nariz que gostaria de “experimentar”, manifestando o

desejo de várias tentativas cirúrgicas e a possibilidade de insatisfação com os resultados cirúrgicos. Outro paciente (nº150), que apresentou sintomas graves neste grupo, tentou fazer a própria cirurgia no nariz. A hemorragia provocada, levou-o a procurar a urgência do pronto-socorro, simulando, entretanto, um acidente involuntário. Tipos de comportamentos semelhantes, que caracterizam automutilações deliberadas, foram descritos por CHAN, JONES, HEYWOOD (2011). Embora, geralmente, a intenção dos pacientes seja idêntica, o tipo de intervenção pode variar revelando graus de gravidade da doença. O fato é que, no final, estes pacientes precisam passar por tratamentos dermatológicos, ou por correções cirúrgicas, tornando-se, para alguns, o principal propósito da conduta autolesiva. Talvez, por isso, segundo PHILLIPS *et al.* (2010), os comportamentos *DIY* não deveriam ser considerados sintomas do TDC.

Escores mais altos no *BDDE* indicaram gravidade sintomatológica e, portanto, maior morbidade, expressa nos comportamentos autolesivos, no abuso de substâncias como álcool e outras drogas, na ideação e tentativas de suicídio identificados no presente estudo, e relatado de forma semelhante por BUHLMANN *et al.* (2010).

Estes resultados ressaltaram a importância da atenção, em indivíduos vulneráveis e mais jovens, na prevenção de fatores de risco que possam desencadear a doença (BOHNE *et al.*, 2002; VEALE, 2004; CRERAND *et al.*, 2005), mostrando a relação entre o desenvolvimento da imagem corporal e os sintomas de TDC (RIEF *et al.*, 2006).

INSATISFAÇÃO CORPORAL *VERSUS* DISTÚRPIO DA IMAGEM CORPORAL

Assim, em indivíduos que apresentam vulnerabilidade neurobiológica e fragilidade psíquica, a percepção da deformidade pode contribuir para o desenvolvimento de um transtorno mental, conforme verificado nos pacientes deste estudo incluídos nos critérios diagnósticos do TDC (*DSM-IV-TR*TM), segundo triagem realizada pelo *BDDE*. Isto ocorre quando está presente o distúrbio da imagem corporal, e não apenas a insatisfação corporal (MOWLAVI *et al.*, 2000; BUHLMANN *et al.*, 2008; NEZIROGLU & CASH, 2008; SARWER & CRERAND, 2008). Esta diferenciação reforçou a validade do *BDDE* na identificação dos sintomas do TDC nesta população. Por outro lado, ao quantificar a gravidade dos sintomas da imagem corporal negativa, demonstrou ser um instrumento que pode contribuir para o diagnóstico dimensional. Estes resultados foram semelhantes aos relatados pelos autores do questionário (ROSEN & REITER, 1996). Além disso, o *BDDE*, ao medir as características clínicas desta população, assinalou o tipo de queixas da imagem corporal (JORGE *et al.*, 2008), nos três procedimentos de cirurgia plástica.

Quando comparados os pacientes em relação à presença de sintomas de TDC em cada grupo cirúrgico, verificou-se semelhança estatística quanto às variáveis demográficas, mostrando características homogêneas. Entretanto, os valores do *BDDE* (total médio e do *BDDE* > 66) obtiveram diferença estatística, revelando associação entre os sintomas do TDC e o grau de insatisfação com a aparência física.

O TEMPO E O VALOR DA APARÊNCIA

A preocupação foi considerada excessiva porque o tempo gasto com a aparência foi superior a três horas diárias (ENDE, LEWIS, KABAKER, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2010). O grau de preocupação afetou a percepção do defeito físico, que se revelou sobrevalorizado em todos os casos. Se por um lado estes dados revelaram características comuns em indivíduos que procuram procedimentos de cirurgia plástica, de acordo com AOUIZERATE *et al.* (2003) mostraram que o significado social da aparência física, cuja insatisfação pode ser corrigida por uma cirurgia plástica, interfere ou dificulta o reconhecimento do diagnóstico do TDC. Desta forma, a diferença entre a preocupação normal e o TDC pode ser uma questão de grau (THOMPSON & DURRANI, 2007; TAQUI *et al.*, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2010), sendo o TDC um *continuum* com as preocupações normais com a aparência — diferenciando-se quantitativamente, como uma versão mais grave da preocupação normal (PHILLIPS *et al.*, 1993; HANES, 1998). Segundo KORAN *et al.* (2008) e PHILLIPS *et al.* (2010), a angústia e os prejuízos afetivo e social representam o diferencial do TDC, em relação à preocupação normal com a aparência, e que, neste estudo, classificou os sintomas em moderados e graves, revelando critérios de funcionamento diferentes na população estudada.

A autoavaliação negativa, associada à aparência física, bem como a interpretação distorcida das expressões faciais e emocionais, potencializou percepções de autorreferência (GABBAY *et al.*, 2003; FEUSNER *et al.*, 2007; BUHLMANN, ETCOFF, WILHELM, 2008). Além disso, o afastamento da vida

afetiva e social sugeriu grau de vulnerabilidade psicológica e baixa autoestima nestes pacientes (*BDDE*), conforme relatado por BOHNE *et al.* (2002), BUHLMANN *et al.* (2009), PECORARI *et al.* (2010) e BUHLMANN, TEACHMAN, KATHMANN (2011).

Os pacientes responderam à extrema preocupação e angústia em relação à aparência física, com comportamentos de checagem (comparação com os outros, reasseguramento de preocupações, inspeção de áreas corporais e uso do espelho). O grau de preocupação, também, foi expresso nos comportamentos de evitação e inibição, observados na utilização do espelho, nas estratégias de camuflagem, ou mudanças de postura, para esconder ou desviar a atenção do defeito, na esquiva de situações públicas e sociais, do contato físico, ou de atividades ao ar livre. Todos estes comportamentos caracterizaram mecanismos de defesa que, de forma disfuncional e fóbica, procuraram prover e garantir segurança aos pacientes. Além disso, sugeriram uma forma de adaptação ao meio, em pacientes menos comprometidos por seus sintomas, como relatado por ENDE, LEWIS, KABAKER (2008).

ESTRATÉGIAS DE CAMUFLAGEM NOS TRÊS GRUPOS CIRÚRGICOS

No GA os pacientes usaram como estratégia de camuflagem a cor e o tipo de roupa, bem como acessórios (bolsas), para esconder a região abdominal. As estratégias de camuflagem mais usadas no GR foram maquiagem, bronzamento, mudanças de roupa ao longo do dia, ausência de óculos de grau, uso de óculos escuros, máscara cirúrgica ou *piercing*

(para ofuscar o tamanho e forma do nariz), penteados para disfarçar o defeito percebido e, o uso de boné ou touca nas mulheres. A cabeça sempre baixa, o uso da mão, a extrema preocupação com o melhor ângulo do perfil do rosto, bem como a inibição, ou até mesmo evitação do sorriso, foram observados e citados como alteração da postura, para disfarçar o defeito percebido, no GR. Nenhum dos pacientes aceitava tirar fotos, revelando, neste comportamento, a rejeição da própria imagem. Já no GRit os pacientes usaram óculos e tipos de maquiagem.

A IMPORTÂNCIA DO ABDOME

Neste estudo, todos os pacientes apresentaram grau elevado de preocupação com o abdome. Este aspecto foi verificado nas partes do corpo de grande insatisfação corporal, nos três grupos de cirurgia plástica. De fato, o GA revelou maior insatisfação com a aparência e apresentou maior proporção de sintomas do TDC, quando comparado aos outros dois grupos. Este dado mostrou a importância do abdome na avaliação da imagem corporal e o grau de influência na qualidade da saúde mental (BOLTON *et al.*, 2003; DE BRITO *et al.*, 2010). GLASER, KAMINER (2005) relataram que, cirurgias de contorno corporal são particularmente procuradas por pacientes com TDC, mostrando a importância desta região específica, na satisfação com a aparência. Entretanto, apesar do nível de insatisfação elevado, este grupo de pacientes procurou pouco a academia, ou outros procedimentos estéticos. Segundo estes resultados, os pacientes apresentavam uma relação alterada com o corpo, particularmente expressa em comportamentos de inibição no contato com os outros. DE BRITO *et al.*

(2010) identificaram o mesmo perfil de comportamento em pacientes que se submeteram à abdominoplastia. Não foram encontrados estudos de investigação de sintomas do TDC nesta especialidade, durante esta pesquisa.

A IMPORTÂNCIA DO NARIZ

No GR, percepções de autorreferência justificaram a complexidade de estratégias de camuflagem utilizadas, mostrando a importância do nariz e do rosto na avaliação da aparência e nas relações humanas (MCGRATH & MUKERJI, 2000; ANDRETTO AMODEO, 2007). Talvez por isto, a rinoplastia seja uma das operações mais procuradas em cirurgia plástica por razões étnicas, por adolescentes e pacientes com TDC, mostrando o aspecto social dessa intervenção cirúrgica (ANDRETTO AMODEO, 2007). Neste grupo, obteve-se associação entre a doença e todas as variáveis de evitação e inibição, achado semelhante ao de VEALE, DE HARO, LAMBROU (2003) e PECORARI *et al.* (2010). A diferença entre os dois subgrupos (com e sem sintomas) sugeriu que, neste grupo cirúrgico, os pacientes possuíam relação mais saudável com a aparência que os da abdominoplastia.

A FACE DO ENVELHECIMENTO

No GRit, observou-se que a questão 13 (*BDDE*) teve papel de corte em relação à presença de sintomas do TDC, ou seja, o escore pontuado nesta questão foi decisivo, para incluir os pacientes nos critérios diagnósticos do TDC. Assim, nos pacientes sem sintomas, a pontuação foi

zero, enquanto que, em todos os pacientes com sintomas, a pontuação foi máxima (6). Este dado pode assinalar aspectos de solidão nesta população, vinculada à experiência subjetiva do envelhecimento, aspecto verificado também na questão 29, que se refere à inibição do contato físico. De fato, a inibição da sexualidade nestes pacientes sugeriu mais aspectos de solidão, do que características de inibição (vergonha e constrangimento com a aparência física), como identificado nos outros dois grupos. Por outro lado, apenas no GRit a diferença foi significativa, entre os subgrupos com e sem sintomas, em relação ao tipo de comportamento de checagem busca de reassuramento (questão 8/*BDDE*). Além disso, considerando-se os três grupos cirúrgicos, a diferença significativa entre os pacientes com sintomas do TDC, em relação a este comportamento de checagem, ocorreu apenas no GRit. Este comportamento revelou a importância da opinião dos outros, e pode relacionar-se à questão 13 (*BDDE*). De certa forma, revelou uma percepção de autorreferência, expressa de maneira diferente à identificada em pacientes mais jovens, nos outros grupos cirúrgicos. De fato, 100% dos pacientes, que apresentaram sintomas neste grupo, manifestaram percepções de autorreferência.

No GRit identificou-se maior proporção de pacientes com sintomas graves (64%), quando comparada ao GA (59%) e ao GR (38%). Além disso, no GRit verificou-se proporção maior de pacientes que apresentaram distorção da percepção (24%), em que o defeito percebido pelos pacientes não foi observável aos outros, quando comparado aos outros dois grupos. Nenhum dos pacientes consumiu menos do que uma hora diária com a aparência, assinalando o grau de preocupação nesta faixa etária de

pacientes. Notou-se, ainda, histórico maior de cirurgias plásticas realizadas, com repetição do mesmo procedimento cirúrgico, em relação aos outros grupos, embora ISHIGOOKA *et al.* (1998) relatassem que a repetição de cirurgias plásticas não seria indicador de transtorno mental, mas um comportamento comum em pacientes de cirurgia plástica. Todavia, os resultados indicaram grau de insatisfação generalizada, que não foi identificado na mesma proporção, nos outros grupos. Estes dados espelham a gravidade dos sintomas nos pacientes do GRit e podem sugerir o início tardio dos sintomas do TDC.

SATISFAÇÃO EFÊMERA

A satisfação com o resultado pode ser efêmera, quando alguns destes pacientes elegem outra região do corpo como motivo de atenção e preocupação excessivas (CRERAND *et al.*, 2005; ADAMSON & LITNER, 2006; THOMPSON & DURRANI, 2007; TIGNOL *et al.*, 2007). Entretanto, este fato mostra, essencialmente, que a principal característica destes pacientes é a insatisfação corporal e que pode não ter qualquer relação com o resultado da cirurgia (DE BRITO *et al.*, 2010). Não obstante, segundo VEALE, DE HARO, LAMBROU (2003), raramente pacientes insatisfeitos, com diagnóstico de TDC, recorrem à violência, apresentando um detalhe diferente do apresentado na literatura, e que, portanto, merece ser pesquisado.

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DO TDC EM TRÊS PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA PLÁSTICA

A elevada porcentagem de pacientes nos três procedimentos de cirurgia plástica, que expressaram grau de insatisfação corporal, e que apresentaram sintomas do TDC, segundo triagem feita pelo *BDDE*, sugeriu a influência de fatores socioculturais na manifestação e manutenção do transtorno, uma vez que, a prevalência de sintomas do TDC, identificada nestes pacientes, foi superior à encontrada em outros estudos de prevalência em cirurgia plástica. Entretanto, mostrou-se semelhante à relatada por VINDIGNI *et al.* (2002), que, também, utilizaram o *BDDE*. Contudo, a casuística foi menor (n=56) em relação à do presente estudo, sendo que, 29% dos pacientes procuraram a rinoplastia com queixa de desvio de septo. Além disso, os autores não especificaram os outros grupos cirúrgicos. Considerando-se outros estudos de prevalência em cirurgia plástica, AOUIZERATE *et al.* (2003) relataram que 9,1% foram incluídos nos critérios diagnósticos do TDC, enquanto ANDREASEN & BARDACH (1977) e MACKLEY (2005) referiram este percentual entre 2 e 7%. Já SARWER *et al.* (1998) identificaram esse transtorno mental em 7% dos pacientes. Embora a maioria dos autores pesquisados relatasse um percentual de 6 a 15% (GLASER & KAMINER, 2005; HODGKINSON, 2005; CRERAND, FRANKLIN, SARWER, 2006; SARWER & CRERAND, 2008; ZUCKERMAN & ABRAHAM, 2008; MALICK, HOWARD, KOO, 2008), outros apontaram percentuais maiores entre 16 e 24% de pacientes com quadro clínico de TDC (VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; BELLINO *et al.*, 2006; ALAVI *et al.*, 2011) e de 53% (VINDIGNI *et al.*, 2002).

Por outro lado, a prevalência de sintomas do TDC identificada nesta população, denotou que, apesar de ser um transtorno mental comum, é, ainda, de difícil reconhecimento na prática médica (ISHIGOOKA *et al.*, 1998; RIEF *et al.*, 2006; HUNT, THIENHAUS, ELLWOOD, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2010). Além disso, mostrou a importância da imagem corporal na clínica da Cirurgia Plástica, uma vez que a insatisfação com a imagem corporal é uma das características essenciais do TDC, afetando tanto a avaliação da aparência física, como a da saúde e doença (CAREY *et al.*, 2004; DIDIE, KUNIEGA-PIETRZAK, PHILLIPS, 2010). Este fato explica a sua relação estreita com a experiência da qualidade de vida. Distúrbios na avaliação de aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais relacionados à aparência são considerados o centro da psicopatologia do TDC e expressam-se num espectro de menor para maior gravidade, retratando a gradação dos sintomas clínicos, ou a multidimensionalidade da imagem corporal no TDC (HRABOSKY *et al.*, 2009), como identificado neste estudo.

O tempo gasto com a aparência, a valorização do defeito percebido, percepções de autorreferência, comportamentos de checagem, estratégias de camuflagem, comportamentos de *skin picking*, o início da insatisfação e histórico de abuso (*teasing/bullying* e abuso de substâncias), bem como a sexualidade foram variáveis que, neste estudo, não influenciaram a gravidade dos sintomas (TABELA 14, APÊNDICES). Assim, talvez, representem características clínicas importantes para investigar na triagem de pacientes que desejam submeter-se a uma cirurgia plástica.

ASPECTOS DA PERCEPÇÃO DA APARÊNCIA

Os resultados de prevalência deste estudo refletiram a necessidade dos pacientes pertencerem a um padrão, como referido por PHILLIPS *et al.* (2010). Este aspecto foi verificado nas regiões específicas do corpo apontadas pelos pacientes como áreas de insatisfação corporal, nos três grupos cirúrgicos. Alguns destes indivíduos não estavam preocupados com o defeito, mas com uma, ou mais características que não eram perfeitas, corretas e simétricas, ou harmoniosas, em relação ao corpo e personalidade, conforme relatado por ENDE, LEWIS, KABAKER (2008) e REESE, MCNALLY, WILHELM (2010). Segundo ANDREASEN & BARDACH (1977) e VEALE, DE HARO, LAMBROU (2003) a queixa poderia apresentar-se vaga, como uma sensação generalizada de feiura, em casos mais graves. Talvez por isto, alguns pacientes ignoraram o “defeito” observável aos outros, e referiram outro que perceberam, como foi observado no GR e GRit. FIORI & GIANNETI (2009) e VEALE & NEZIROGLU (2010) relataram características da percepção em pacientes com TDC.

O IMPACTO DA CICATRIZ EM CIRURGIA PLÁSTICA

Aspectos da percepção podem ser considerados em relação ao impacto da presença de cicatrizes, após cirurgia plástica (BUSCH *et al.*, 2010). No SgAS (n=15/51) e no SgRS (n=23/79), apenas 29% dos pacientes aceitaram a possibilidade de cicatriz após uma cirurgia plástica. Já no SgRitS, a proporção de aceitação da cicatriz entre os pacientes foi de 48% (n=12/25), que pode relacionar-se ao fato de terem realizado maior número

de cirurgias plásticas. Por outro lado, estes resultados expressaram a presença de expectativas ideais e irrealistas dos pacientes, na avaliação de uma cirurgia plástica. De acordo com MACGREGOR (1981), a aceitação inevitável de uma cicatriz no corpo relaciona-se diretamente ao grau de maturidade psicológica. Assim, a presença de uma cicatriz em pacientes com sintomas graves do TDC, pode apresentar-se como uma deformidade, transformar-se em foco de atenção e aumentar a insatisfação com a aparência física (DA SILVA *et al.*, 2010). Portanto, avaliar expectativas, em termos de resultados de satisfação, pode ser avaliar o grau de percepção dos pacientes em termos de decisão cirúrgica.

A AUSÊNCIA DE CRÍTICA DO ESTADO MÓRBIDO

Em alguns indivíduos, a ausência de crítica do estado mórbido assume grau de convicção que, por vezes, assemelha-se aos quadros delirantes (GABBAY *et al.*, 2003; CASTLE & ROSSELL, 2006; PHILLIPS *et al.*, 2005c; DIDIE, KUNIEGA-PIETRZAK, PHILLIPS, 2010), indicando a gravidade dos sintomas. No SgAS, a paciente de nº 34 apresentou sintomas de síndrome de referência olfativa. Acreditava exalar odor corporal insuportável que a isolava dos outros. Este sintoma, com características marcadamente delirantes, causava intenso sofrimento.

A síndrome de referência olfativa tem sido considerada uma variante do TDC (FEUSNER, YAYURA-TOBIAS, SAXENA, 2008). Entretanto, PHILLIPS *et al.* (2010) e FEUSNER, PHILLIPS, STEIN (2010) recomendaram mais estudos, que permitissem estabelecer a relação entre TDC e essa síndrome,

considerando prematuro incluí-la como uma das características clínicas do TDC.

6.1 PERSPECTIVAS

Desta forma, o desenvolvimento de novas pesquisas com métodos objetivos de avaliação de resultados e que, também, forneçam suporte à decisão do cirurgião plástico, são de fundamental importância. Com o crescimento do número de indivíduos que buscam a cirurgia estética, a identificação de portadores de TDC será, em sua maioria, feita por cirurgiões plásticos e não por psiquiatras (ISHIGOOKA *et al.*, 1998; VINDIGNI *et al.*, 2002; DE BRITO, NAHAS, FERREIRA, 2011). Por esta razão, torna-se importante desenvolver mecanismos para identificar esta doença entre os pacientes e verificar se a cirurgia plástica seria ou não indicada para esse grupo (DE BRITO, NAHAS, FERREIRA, 2011). Além disso, estudos prospectivos são necessários e importantes para a tomada de decisão dos cirurgiões plásticos e dos psiquiatras, quanto aos riscos e benefícios da cirurgia plástica em pacientes com TDC.

Estudos futuros poderão abranger candidatos a outros procedimentos na cirurgia plástica, particularmente em mamoplastia de aumento, em que foi relatado o risco de suicídio (SARWER, BROWN, EVANS, 2007; SARWER & CRERAND, 2008; LIPWORTH & MCLAUGHLIN, 2010). Por outro lado, a identificação de sintomas de TDC em pacientes com deformidades craniofaciais e no paciente queimado, poderá ser uma nova abordagem da qualidade de vida em cirurgia plástica. Outras perspectivas de estudo

compreenderiam populações específicas de adolescentes, de transtornos da identidade de gênero, ou de cirurgias da região genital.

O diagnóstico de comorbidades psiquiátricas, em pacientes que procuram procedimentos na cirurgia plástica, sugere a possibilidade de importante campo de pesquisa nesta especialidade médica. Por outro lado, estudos de avaliação de alterações da percepção e da atenção focada e/ou seletiva são relevantes para a compreensão e criação de estratégias de abordagem e tratamento em pacientes com TDC.

Além disso, um modelo matemático, baseado em lógica *fuzzy*, poderá ser um instrumento de triagem para variáveis subjetivas, sendo uma ferramenta de apoio à decisão do cirurgião plástico. Este modelo por ser medida de risco de sofrimento, operacionalizaria o critério B (TDC/*DSM-IV-TM*^{TR}), essencial em cirurgia plástica (SARWER & CRERAND, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2010).

A lógica *fuzzy* não se baseia na incerteza da ocorrência, mas na incerteza da identificação do fenômeno, característica essencial do TDC.

CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

Os pacientes candidatos à abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia apresentaram prevalência alta de sintomas do transtorno dismórfico corporal.

Os pacientes do GA revelaram maior insatisfação corporal e mais sintomas de TDC. No GR houve menor número de casos graves e no GRit a proporção de casos graves foi maior.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Adamson PA, Litner JA. Psychologic aspects of revision rhinoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2006 Nov;14(4):269-77.

Alavi M, Kalafi Y, Dehbozorgi GR, Javadpour A. Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011 Jun;64(6):738-41.

Alfano L, Hildebrandt T, Bannon K, Walker C, Walton KE. The impact of gender on the assessment of body checking behavior. *Body Image.* 2011 Jan;8(1):20-5.

Altamura C, Paluello MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2001 Jun;251(3):105-8.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington (DC): Text Revision; 2000.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th ed. Washington (DC):1994.

Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? *Am J Psychiatry.* 1977 Jun;134(6):673-6.

-
- Andretto Amodeo C. The central role of the nose in the face and the psyche: review of the nose and the psyche. *Aesthetic Plast Surg.* 2007 Jul-Aug;31(4):406-10.
- Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatry.* 2003 Nov;18(7):365-8.
- Bellino S, Zizza M, Paradiso E, Rivarossa A, Fulcheri M, Bogetto F. Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Res.* 2006 Sep 30;144(1):73-8.
- Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(2):221-32.
- Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike MA. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Res.* 2002 Jan 31;109(1):101-4.
- Bolton MA, Pruzinsky T, Cash TF, Persing JA. Measuring outcomes in plastic surgery: body image and quality of life in abdominoplasty patients. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Aug;112(2):619-25; discussion 626-7.
- Brosig B, Kupfer J, Niemeier V, Gieler U. The “Dorian Gray Syndrome”: psychodynamic need for hair growth restorers and other “fountains of youth.”. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2001 Jul;39(7):279-83.

Browning M, Fletcher P, Sharpe M. Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosom Med*. 2011 Feb-Mar;73(2):173-84.

Buhlmann U, Cook LM, Fama JM, Wilhelm S. Perceived teasing experiences in body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2007 Dec;4(4):381-5.

Buhlmann U, Ectoff NL, Wilhelm S. Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2008;22(3):540-7.

Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, Rief W. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry Res*. 2010 Jun 30;178(1):171-5.

Buhlmann U, McNally RJ, Wilhelm S, Florin I. Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord*. 2002;16(3):289-98.

Buhlmann U, Reese HE, Renaud S, Wilhelm S. Clinical considerations for the treatment of body dysmorphic disorder with cognitive-behavioral therapy. *Body Image*. 2008 Mar;5(1):39-49.

Buhlmann U, Teachman BA, Kathmann N. Evaluating implicit attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder using the Go/No-go Association Task. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011 Jun;42(2):192-7.

-
- Buhlmann U, Teachman BA, Naumann E, Fehlinger T, Rief W. The meaning of beauty: implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord.* 2009 Jun;23(5):694-702.
- Busch RO, Nahas FX, Mendes JA, Farah AB, Amoras Jr WW, El Houmsi CC, Yokoyama FJ. Compreensão pré-operatória dos pacientes sobre cicatrizes resultantes de cirurgia plástica ambulatorial. *Rev Bras Cir Plast.* 2010 Jul-Ago; 25(3supl.1): 92.
- Calogero RM, Park LE, Rahemtulla ZK, Williams KC. Predicting excessive body image concerns among British university students: the unique role of Appearance-based Rejection Sensitivity. *Body Image.* 2010 Jan;7(1):78-81.
- Calogero RM, Thompson JK. Potential implications of the objectification of women's bodies for women's sexual satisfaction. *Body Image.* 2009 Mar;6(2):145-8.
- Cansever A, Uzun O, Dönmez E, Ozşahin A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry.* 2003 Jan-Feb;44(1):60-4.
- Carey P, Seedat S, Warwick J, van Heerden B, Stein DJ. SPECT imaging of body dysmorphic disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2004 Summer;16(3):357-9.

Cash TF, Morrow JA, Hrabosky JI, Perry AA. How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *J Consult Clin Psychol*. 2004 Dec;72(6):1081-9.

Cash TF, Santos MT, Williams EF. Coping with body-image threats and challenges: validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. *J Psychosom Res*. 2005 Feb;58(2):190-9.

Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *Med J Aust*. 2002 Jun 17;176(12):601-4; discussion *Med J Aust*. 2002 Jun 17;176(12):601-4; discussion *Med J Aust*. 2002 Jun 17;176(12):601-4.

Castle DJ, Phillips KA, Dufresne RG Jr. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *J Cosmet Dermatol*. 2004 Apr;3(2):99-103.

Castle DJ, Rossell SL. An update on body dysmorphic disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 Jan;19(1):74-8.

Chahraoui K, Danino A, Frachebois C, Clerc AS, Malka G. Chirurgie esthétique et qualité de vie subjective avant et quatre mois après l'opération. *Ann Chir Plast Esthet*. 2006 Jun;51(3):207-10.

Chan JK, Jones SM, Heywood AJ. Body dysmorphia, self-mutilation and the reconstructive surgeon. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011 Jan;64(1):4-8.

Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, Fossaluzza V, Torres AR, Miguel EC, et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Aug;63(2):235-43.

Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 Jan-Feb;30(1):67-72.

Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006 Dec;118(7):167e-80e.

Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005 Nov-Dec;46(6):549-55.

da Silva DB, Nahas FX, Bussolaro RA, de Brito MJ, Ferreira LM. The increasing growth of plastic surgery lawsuits in Brazil. *Aesthetic Plast Surg*. 2010 Aug;34(4):541-2.

de Brito MJ, Nahas FX, Barbosa MV, Dini GM, Kimura AK, Farah AB, Ferreira LM. Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem, and mental health. *Ann Plast Surg*. 2010 Jul;65(1):5-10.

de Brito, Nahas FX, Ferreira LM. Should plastic surgeons operate on patients diagnosed with body dysmorphic disorder? *Plast Reconstr Surg*. In press 2011.

Didie ER, Kuniega-Pietrzak T, Phillips KA. Body image in patients with body dysmorphic disorder: evaluations of and investment in appearance, health/illness, and fitness. *Body Image*. 2010 Jan;7(1):66-9.

Didie ER, Reinecke MA, Phillips KA. Case conceptualization and treatment of comorbid body dysmorphic disorder and bulimia nervosa. *Cogn Behav Pract*. 2010 Aug;17(3):259-69.

Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Phillips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl*. 2006 Oct;30(10):1105-15.

Dyl J, Kittler J, Phillips KA, Hunt JI. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2006 Summer;36(4):369-82.

Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E. Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. *Br J Plast Surg*. 1960 Jul;13:136-45.

Ende KH, Lewis DL, Kabaker SS. Body dysmorphic disorder. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2008 May;16(2):217-23, vii.

Ferraro GA, Rossano F, D'Andrea F. Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 2005 May-Jun;29(3):184-9.

Feusner JD, Bystritsky A, Helleman G, Bookheimer S. Impaired identity recognition of faces with emotional expressions in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* 2010 Oct 30;179(3):318-23.

Feusner JD, Phillips KA, Stein DJ. Olfactory reference syndrome: issues for DSM-V. *Depress Anxiety.* 2010 Jun;27(6):592-9.

Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 Dec;64(12):1417-25.

Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S. The pathophysiology of body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2008 Mar;5(1):3-12.

Fiori P, Giannetti LM. Body dysmorphic disorder: A complex and polymorphic affection. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2009;5:477-81.

Flageul G, Godefroy M, Lacoeylle G. La fonction thérapeutique de la chirurgie esthétique. *Ann Chir Plast Esthet.* 2003 Nov;48(5):247-56.

Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Mussi TC, Marques C, Versiani M. The man with the purple nostrils: a case of rhinotrichotillomania secondary to body dysmorphic disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2002 Dec;106(6):464-6; discussion 466.

Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, de Menezes GB, do Nascimento AL, Mendlowicz MV, Versiani M. A sociodemographic, phenomenological,

and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med.* 2006;36(2):243-59.

Frederick DA, Lever J, Peplau LA. Interest in cosmetic surgery and body image: views of men and women across the lifespan. *Plast Reconstr Surg.* 2007 Oct;120(5):1407-15.

Freud S. História de uma neurose infantil (1918 [1914]). In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro (BR): Imago; 1996.

Gabbay V, Asnis GM, Bello JA, Alonso CM, Serras SJ, O'Dowd MA. New onset of body dysmorphic disorder following frontotemporal lesion. *Neurology.* 2003 Jul 8;61(1):123-5.

Ghadakzadeh S, Ghazipour A, Khajeddin N, Karimian N, Borhani M. Body Image Concern Inventory (BICI) for identifying patients with BDD seeking rhinoplasty: using a persian (farsi) version. *Aesthetic Plast Surg.* 2011 Apr 14. [Epub ahead of print].

Glaser DA, Kaminer MS. Body dysmorphic disorder and the liposuction patient. *Dermatol Surg.* 2005 May;31(5):559-60; discussion 561.

Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, Jeammet P. Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry.* 2000 Feb;15(1):38-45.

-
- Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry*. 2001 Jul;62(7):517-22.
- Grant JE, Menard W, Phillips KA. Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006 Nov-Dec;28(6):487-93.
- Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2005 Oct-Dec;17(4):205-10.
- Hanes KR. Neuropsychological performance in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc*. 1998 Mar;4(2):167-71.
- Harris DL, Carr AT. The Derriford Appearance Scale (DAS59): a new psychometric scale for the evaluation of patients with disfigurements and aesthetic problems of appearance. *Br J Plast Surg*. 2001 Apr;54(3):216-22.
- Hay GG. Dysmorphophobia. *Br J Psychiatry*. 1970a Apr;116(533):399-406.
- Hay GG. Psychiatric aspects of cosmetic nasal operations. *Br J Psychiatry*. 1970b Jan;116(530):85-97.
- Hepburn S, Cunningham S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2006 Nov;130(5):569-74.

Hodgkinson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 2005 Nov-Dec;29(6):503-9.

Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2004 Apr 1;113(4):1229-37.

Hrabosky JI, Cash TF, Veale D, Neziroglu F, Soll EA, Garner DM, et al. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. *Body Image.* 2009 Jun;6(3):155-63.

Hunt TJ, Thienhaus O, Ellwood A. The mirror lies: body dysmorphic disorder. *Am Fam Physician.* 2008 Jul 15;78(2):217-22.

Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1998 Jun;52(3):283-7.

Jakubietz M, Jakubietz RJ, Kloss DF, Gruenert JJ. Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach. *Plast Reconstr Surg.* 2007 May;119(6):1924-30.

Janet P. L'Obsession de la honte du corps. In: Janet P, Dumas G, Fedi L, Nicolas S. *Les obsessions et la psychasthénie.* 10ème ed. Paris (FR): Alcan; 1919.

-
- Jorge RT, Sabino Neto M, Natour J, Veiga DF, Jones A, Ferreira LM. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. *Sao Paulo Med J.* 2008 Mar 6;126(2):87-95.
- Kisely S, Morkell D, Allbrook B, Briggs P, Jovanovic J. Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002 Feb;36(1):121-6.
- Kittler JE, Menard W, Phillips KA. Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eat Behav.* 2007 Jan;8(1):115-20.
- Knorr NJ, Edgerton MT, Hoopes JE. The “insatiable” cosmetic surgery patient. *Plast Reconstr Surg.* 1967 Sep;40(3):285-9.
- Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr.* 2008 Apr;13(4):316-22.
- Kraepelin E. *Psychiatrie; ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.* 8th ed. Leipzig (AL): Barth; 1909. In: Veale D, Neziroglu F. *Body Dysmorphic Disorder. A Treatment Manual.* West Suissx (UK): Wiley-Blackwell; 2010.
- Lai CS, Lee SS, Yeh YC, Chen CS. Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *Kaohsiung J Med Sci.* 2010 Sep;26(9):478-82.

Lipworth L, McLaughlin JK. Excess suicide risk and other external causes of death among women with cosmetic breast implants: a neglected research priority. *Curr Psychiatry Rep.* 2010 Jun;12(3):234-8.

Macgregor FC. Patient dissatisfaction with results of technically satisfactory surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 1981;5(1):27-32.

Mackley CL. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Surg.* 2005 May;31(5):553-8.

Malick F, Howard J, Koo J. Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatol Ther.* 2008 Jan-Feb;21(1):47-53.

McGrath MH, Mukerji S. Plastic surgery and the teenage patient. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2000 Aug;13(3):105-18.

Morselli E, Jerome L. Dysmorphophobia and taphephobia: two hitherto undescribed forms of Insanity with fixed ideas. *Hist Psych.* 2001 Mar;12(45):103-14.

Mowlavi A, Lille S, Andrews K, Yashar S, Schoeller T, Wechselberger G, Anderson R. Psychiatric patients who desire aesthetic surgery: identifying the problem patient. *Ann Plast Surg.* 2000 Jan;44(1):97-106.

Mühlbauer W, Holm C, Wood DL. The thesites complex in plastic surgical patients. *Plast Reconstr Surg.* 2001 Feb;107(2):319-26.

Nachshoni T, Kotler M. Legal and medical aspects of body dysmorphic disorder. *Med Law*. 2007 Dec;26(4):721-35.

Nahas FX, Sterman S, Gemperli R, Ferreira MC. The role of plastic surgery in congenital cutis laxa: a 10-year follow-up. *Plast Reconstr Surg*. 1999 Sep;104(4):1174-8; discussion 1179.

Nahas FX. A pragmatic way to treat abdominal deformities based on skin and subcutaneous excess. *Aesthetic Plast Surg*. 2001a Sep-Oct;25(5):365-71.

Nahas FX. An aesthetic classification of the abdomen based on the myoaponeurotic layer. *Plast Reconstr Surg*. 2001b Nov;108(6):1787-95; discussion 1796-7.

Nascimento AL, Moreira MM, Luna JV, Fontene LF. Comorbidade entre transtorno dismórfico corporal e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr*. 2010 Jan;59(1):65-9.

Neziroglu F, Cash TF. Body dysmorphic disorder: causes, characteristics, and clinical treatments. *Body Image*. 2008 Mar;5(1):1-2.

Osman S, Cooper M, Hackmann A, Veale D. Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder. *Memory*. 2004 Jul;12(4):428-36.

Park LE, Calogero RM, Harwin MJ, DiRaddo AM. Predicting interest in cosmetic surgery: interactive effects of appearance-based rejection

sensitivity and negative appearance comments. *Body Image*. 2009 Jun;6(3):186-93.

Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthetic Plast Surg*. 2008 May;32(3):473-84.

Pecorari G, Gramaglia C, Garzaro M, Abbate-Daga G, Cavallo GP, Giordano C, et al. Self-esteem and personality in subjects with and without body dysmorphic disorder traits undergoing cosmetic rhinoplasty: preliminary data. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010 Mar;63(3):493-8.

Pertschuk MJ, Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA. Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plast Surg*. 1998 Jan-Feb;22(1):20-4.

Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005b Jun;66(6):717-25.

Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1997 Sep;185(9):570-7.

Phillips KA, Didie ER, Feusner J, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. *Am J Psychiatry*. 2008 Sep;165(9):1111-8.

Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Mar;42(3):436-41.

Phillips KA, Dufresne RG Jr. Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol*. 2000 Jul-Aug;1(4):235-43.

Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2001 Nov-Dec;42(6):504-10.

Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*. 1993 Feb;150(2):302-8.

Phillips KA, Menard W, Fay C, Pagano ME. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2005a Jul-Aug;46(4):254-60.

Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005c Jul-Aug;46(4):317-25.

Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2006 Mar-Apr;47(2):77-87.

Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2006 Jul;163(7):1280-2.

Phillips KA, Pagano ME, Menard W, Stout RL. A 12-month follow-up study of the course of body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5):907-12.

Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, Stein DJ. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Jun;27(6):573-91.

Phillips KA. Body dysmorphic disorder: diagnostic controversies and treatment challenges. *Bull Menninger Clin*. 2000 Winter;64(1):18-35.

Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*. 1991 Sep;148(9):1138-49.

Phillips KA. The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings. *Prim Psychiatry*. 2006 Jul;13(7):51-59.

Pinto A, Phillips KA. Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2005 Dec;2(4):401-5.

Pollice R, Giuliani M, Bianchini V, Zoccali G, Tomassini A, Casacchia M, Roncone R. [Body image disorders and other psychiatric symptoms in aesthetic plastic surgery] [Article in Italian]. *Ann Ital Chir*. 2009 Jan-Feb;80(1):49-54.

Rauch SL, Phillips KA, Segal E, Makris N, Shin LM, Whalen PJ, et al. A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* 2003 Jan 20;122(1):13-9.

Reese HE, McNally RJ, Wilhelm S. Facial asymmetry detection in patients with body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther.* 2010 Sep;48(9):936-40.

Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med.* 2006 Jun;36(6):877-85.

Rosen JC, Reiter J. Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behav Res Ther.* 1996 Sep;34(9):755-66.

Sarwer DB, Brown GK, Evans DL. Cosmetic breast augmentation and suicide. *Am J Psychiatry.* 2007 Jul;164(7):1006-13.

Sarwer DB, Cash TF, Magee L, Williams EF, Thompson JK, Roehrig M, et al. Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plast Reconstr Surg.* 2005 Mar;115(3):931-8.

Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. *Facial Plast Surg.* 2003;19(1):7-18.

Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image.* 2008 Mar;5(1):50-8.

Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):99-111.

Sarwer DB, Crerand CE. Psychological issues in patient outcomes. *Facial Plast Surg*. 2002 May;18(2):125-33.

Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998 May;101(6):1644-9.

Shilder P. *The image and appearance of the human body*. London (UK): Kegan Paul, Trench, Trubner & Co; 1935.

Spindler A, Milos G. Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eat Behav*. 2007 Aug;8(3):364-73.

Swami V, Chamorro-Premuzic T, Bridges S, Furnham A. Acceptance of cosmetic surgery: personality and individual difference predictors. *Body Image*. 2009 Jan;6(1):7-13.

Taqi AM, Shaikh M, Gowani SA, Shahid F, Khan A, Tayyeb SM, Satti M, Vagar T, Shahid S, Shamsi A, Ganatra HA, Naqvi HA. Body dysmorphic disorder: gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC Psychiatry*. 2008 Apr 9;8:20.

Thompson CM, Durrani AJ. An increasing need for early detection of body dysmorphic disorder by all specialties. *J R Soc Med*. 2007 Feb;100(2):61-2.

Tignol J, Biraben-Gotzamanis L, Martin-Guehl C, Grabot D, Aouizerate B. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *Eur Psychiatry*. 2007 Nov;22(8):520-4.

Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, Walburn J. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry*. 1996 Aug;169(2):196-201.

Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg*. 2003 Sep;56(6):546-51.

Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J*. 2004 Feb;80(940):67-71.

Veale D. Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Bull*. 2000;24: 218-21.

Vindigni V, Pavan C, Semenzin M, Granà S, Gambaro F, Marini M, et al. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Plast Surg.* 2002;25(6):305-8.

von Soest T, Kvalem IL, Skolleborg KC, Roald HE. Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Jan;117(1):51-62; discussion 63-4.

Vulink NC, Sigurdsson V, Kon M, Bruijnzeel-Koomen CA, Westenberg HG, Denys D. [Body dysmorphic disorder in 3-8% of patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics] [Article in Dutch]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2006 Jan 14;150(2):97-100.

Woodie DS, Fromuth ME. The relationship of hypercompetitiveness and gender roles with body dysmorphic disorder symptoms in a nonclinical sample. *Body Image.* 2009 Sep;6(4):318-21.

Zuckerman D, Abraham A. Teenagers and cosmetic surgery: focus on breast augmentation and liposuction. *J Adolesc Health.* 2008 Oct;43(4):318-24.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

BIREME. Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS: descritores em ciências da saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication [Internet]. Philadelphia (PA): ICMJE Secretariat office, American College of Physicians; [updated 2008 Oct; cited 2010 May 23]. Available from: URL: <http://www.icmje.org>.

Orientação normativa para elaboração e apresentação de teses: guia prático. Ferreira LM, coordenadora; Goldenberg S, Nahas FX, Barbosa MVJ, Ely PB, organizadores. São Paulo: Livraria Médica Editora; 2008.

ABSTRACT

ABSTRACT

INTRODUCTION: Body dysmorphic disorder (BDD) and comorbid mental disorders may compromise the visual perception of body parts, causing dissatisfaction in patients, who may consult a plastic surgeon. **OBJECTIVE:** To identify the level of dissatisfaction with appearance and prevalence of BDD symptoms in a population of candidates to three plastic surgical procedures. **METHODS:** Three-hundred patients of both sexes were allocated into three groups: abdominoplasty (GA) (n=90), rhinoplasty (GR) (n=151), and rhytidoplasty (Grit) (n=59). Each group was subdivided into two sub-groups: patients without BDD symptoms (n=39; n=72; n=34) and patients with BDD symptoms (n=51; n=79; n=25), according to the Body Dysmorphic Disorder Examination (*BDDE*), which was administered preoperatively. **RESULTS:** The prevalence of BDD symptoms in GA, GR and GRit was 57%, 52%, and 42%, respectively. Significant associations were found between BDD symptoms, degree of body dissatisfaction, and sexuality inhibition in the three groups. GA patients were the most dissatisfied with appearance and had the greatest number of BDD symptoms compared with the other groups (GR, GRit). GRit had the greatest percentage of patients with severe symptoms (64%), followed by GA (59%) and GR (38%). **CONCLUSION:** The candidates to the three plastic surgical procedures had high prevalence of BDD symptoms. GA showed the highest degree of body dissatisfaction and greatest number of BDD symptoms, GR had the lowest percentage severe cases, and Grit had the highest percentage of severe cases.

APÊNDICES

FOLHA DE APROVAÇÃO DO PROTOCOLO CEP.1163/09



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/HOSPITAL SÃO PAULO

Data: 17-09-2009 17:13:20
Pagina 1/2
id = 4133

São Paulo, 21 de Agosto de 2009
CEP 1163/09

Ilmo(s). Sr(a).
Pesquisador(a) Maria José Azevedo de Brito
Co-Investigadores: Dr Marcus Vinicius Jardini Barbosa; Dr Gal Moreira Dini;
Disciplina/Departamento Cirurgia Plástica da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador Ausente

CARTA DE APROVAÇÃO E PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado:

'Prevalência do transtorno dismórfico corporal em abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia.'

ÁREA TEMÁTICA ESPECIAL: Não há necessidade de envio à CONEP

CARACTERÍSTICA DO ESTUDO: Estudo clínico observacional transversal

RISCO PACIENTE: Sem risco, desconforto mínimo, nenhum procedimento invasivo

OBJETIVOS: Identificar a prevalência do transtorno dismórfico corporal em abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia

RESUMO: Serão incluídos todos os pacientes que desejem submeter-se à abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia, provenientes dos ambulatórios de triagem de cirurgia plástica e do setor abdominal, de rinoplastia e de estética da Disciplina de Cirurgia Plástica da Unifesp. Serão aplicados dois questionários, durante o período de 12 meses, após o preenchimento, pelo paciente, do TCLE e de um protocolo com dados demográficos e pessoais. O "Body Dysmorphic Disorder Examination" (BDDE) é um questionário específico de avaliação de transtorno dismórfico corporal. Este questionário, na versão entrevista em que foi validado, será aplicado pela pesquisadora a cada um dos pacientes. O "Body Shape Questionnaire" (BSQ), que avalia preocupações com a imagem corporal e insatisfação com o corpo, será auto-administrado, durante o mesmo período. Estima-se que 400 pacientes sejam entrevistados. Serão identificadas e mensuradas as características que definem este transtorno neste tipo de população, a probabilidade da sua existência antes do procedimento cirúrgico, e associações serão feitas após a comparação da frequência do transtorno nestes tipos de cirurgia plástica os resultados serão analisados estatisticamente, permitindo a comparação entre grupos identificados, como tendo ou não o transtorno dismórfico corporal.

FUNDAMENTAÇÃO RACIONAL: Torna-se relevante estudar deformidades anatômicas desde a adolescência (rinoplastia), provocadas pelo envelhecimento (ritidoplastia), ou por eventos da vida e que podem ser representativas do contorno corporal apresentadas como queixa, de forma impactante por pacientes que buscam a cirurgia plástica

MATERIAL E METODO: Descritos e apresentados os instrumentos que serão aplicados por equipe especializada

TCLE: Apresentado adequadamente, de acordo com a res 196/96

DETALHAMENTO FINANCEIRA: Sem financiamento específico

CRONOGRAMA: 24 meses

OBJETIVO ACADÊMICO: Doutorado

PRIMEIRO RELATÓRIO PREVISTO PARA: 26/08/2010, os demais relatórios deverão ser entregues ao CEP anualmente até o término do estudo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/HOSPITAL SÃO PAULO

Data: 17-09-2009 17:13:21

Página 2/2

Id = 4133

competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este projeto tem como título “Prevalência de sintomas do transtorno dismórfico corporal (TDC) em população candidata à abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia”. Estas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo, cujo objetivo é avaliar a prevalência de sintomas do transtorno dismórfico corporal em pacientes que desejam submeter-se a estes três tipos de cirurgia plástica. A principal característica deste transtorno é a presença de uma insatisfação e preocupação muito grandes com a aparência física, que acaba prejudicando as atividades ocupacionais, sociais e afetivas do indivíduo. Estudos como estes, em cirurgia plástica, são importantes para que os pacientes possam ter acesso ao melhor tratamento e melhorar a qualidade de vida que procuram.

Para isso, será aplicado um questionário (entrevista), que avalia aspectos da distorção da imagem corporal (*BDDE*), no pré-operatório da cirurgia plástica a que irá submeter-se, no Hospital São Paulo - UNIFESP.

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Botucatu, 572 - 1º andar, conj. 14, tel. 5571-1062, fax 5539-7162. Em qualquer etapa do estudo, terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a psicóloga Maria José Azevedo de Brito que pode ser encontrada na rua Napoleão de Barros, 715 - tel. 55764065 - e-mail: <mariajbrito@hotmail.com>.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição. Tem o direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais das pesquisas ou de resultados que sejam do conhecimento da pesquisadora. Não há benefício direto para o participante. Trata-se de um estudo, cujo problema apresenta-se com a questão: *Qual a prevalência de sintomas do transtorno dismórfico corporal em pacientes que desejam submeter-se à abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia?* Portanto, somente no final do estudo, poder-se-á concluir a porcentagem da presença, ou não, dos sintomas nestas especialidades de cirurgia plástica. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo; também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Eu, _____,
portador do R.G. nº _____, após ter sido esclarecido(a) pela pesquisadora Maria José Azevedo de Brito a respeito do projeto de pesquisa acima referido, concordo em participar voluntariamente deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação

é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário.

DATA ____/____/____. **ASSINATURA DO PACIENTE**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido desta paciente para a participação neste estudo.

DATA ____/____/____.

MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO
PSICÓLOGA - CRP 06/70424

FICHA DE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME:	IDADE:
DATA DE NASCIMENTO:	GÊNERO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	
ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> Ensino Primário <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior	
PROFISSÃO:	
TELEFONES PARA CONTATO:	
DADOS PESSOAIS	
Alguma vez já tomou medicação psiquiátrica, ou teve acompanhamento psicológico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual e quando? <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	
Faz uso atual de alguma outra medicação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	

Já fez alguma cirurgia plástica? <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Qual?			
<input type="text"/>			
Quando? Local?			
Ficou satisfeita com o resultado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Desde quando está insatisfeito (a) com a sua aparência:			
<input type="checkbox"/> Adolescência <input type="checkbox"/> Adulto(a) <input type="checkbox"/> Após os 40 anos			
Qual parte(s) do seu corpo gostaria de mudar?			
<input type="text"/>			
Quanto tempo gasta pensando em seu(s) defeito(s):			
<input type="checkbox"/> Menos do que 1 hora, por dia			
<input type="checkbox"/> 1 a 3 horas, por dia			
<input type="checkbox"/> Mais do que 3 horas, por dia			
Há quanto tempo deseja fazer esta cirurgia plástica:			
<input type="checkbox"/> Mais de um ano <input type="checkbox"/> Um ano			
O que espera da cirurgia (expectativas). Assinale uma, ou mais opções:			
<input type="checkbox"/> Gostar da minha imagem no espelho			
<input type="checkbox"/> Ser aceita pelos outros			
<input type="checkbox"/> Mudar o contorno facial e, ou corporal			
Melhorar aspectos:			
<input type="checkbox"/> Emocionais <input type="checkbox"/> Sexuais <input type="checkbox"/> Sociais <input type="checkbox"/> Profissionais			
A cicatriz faz parte do corpo após a cirurgia plástica.			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Gostaria de fazer outras cirurgias plásticas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
ALTURA:	PESO ATUAL:	PESO DESEJADO:	IMC:
CIRURGIA:			
DATA DA CIRURGIA:			

APÊNDICE. TABELAS

TABELA 11. Comparação das características demográficas no grupo com sintomas de TDC, categorizadas por tipo de cirurgia.

TDC				
Variável	Abdominoplastia (n= 51) média ± desvio-padrão ou n (%)	Rinoplastia (n= 79) média ± desvio-padrão ou n (%)	Ritidoplastia (n= 25) média ± desvio-padrão ou n (%)	Estatística e valor descritivo do teste
Características demográficas				
Idade em anos	37±10	33±11	52±10	H=39,25 p<0,001
IMC	25±04	23±04	26±04	H=14,14 p=0,001
Estado civil				
Solteira (o)	19 (37)	49 (62)	8 (32)	
Casada (o)	20 (39)	22 (28)	8 (32)	$\chi^2=7,404^*$
Divorciada/ separada (o)	10 (20)	8 (10)	6 (24)	p=0,116
Viúva (o)	2 (4)	---	3 (12)	
Grau de escolaridade				
Fundamental até 4ª. Série	2 (2)	3 (4)	7 (28)	
Fundamental	17 (19)	13 (16)	5 (20)	$\chi^2=7,863^{**}$
Médio	42 (47)	40 (51)	8 (32)	p=0,097
Superior incompleto	19 (21)	19 (24)	3 (12)	
Superior	10 (11)	4 (5)	2 (8)	

* - Como a amostra é pequena, na variável estado civil a condição viúvo(a) foi agregada à condição solteiro.

** - Como a amostra é pequena, a variável escolaridade foi categorizada em apenas fundamental, médio e superior.

H - Teste *Kruskal-Wallis*; χ^2 - Teste Qui-quadrado

TABELA 14. Comparação das características demográficas e clínicas, no grupo com sintomas do TDC, categorizadas por expressão da gravidade (moderado e grave).

Variável	TDC		Estatística	Valor descritivo do teste
	Moderado (n= 79) média ± desvio-padrão ou n (%)	Grave (n= 76) média ± desvio-padrão ou n (%)		
Características demográficas				
Idade em anos	36±12	39±13	t=1,62	p=0,108
IMC	24±04	25±04	t=2,15	p=0,033
Estado civil				
Solteira(o)	38 (48)	38 (50)	$\chi^2=0,773$ *	p=0,679
Casada(o)	28 (36)	22 (29)		
Divorciada/separada(o)	12 (15)	12 (16)		
Viúva(o)	1 (1)	4 (5)		
Grau de escolaridade				
Fundamental até 4ª. Série	2 (3)	8 (10)	$\chi^2=1,823$ **	p=0,402
Fundamental	15 (19)	15 (20)		
Médio	38 (48)	35 (46)		
Superior incompleto	16 (20)	15 (20)		
Superior	8 (10)	3 (4)		
Insatisfação com Aparência				
Escore BDDE Total Médio	109±16	131±22	t=6,95	p<0,001
Especialidade clínica				
Abdominoplastia	21 (27)	30 (39)	$\chi^2=8,063$	p=0,018
Rinoplastia	49 (62)	30 (39)		
Ritidoplastia	9 (11)	16 (21)		
Nível de preocupação (características obsessivas)				
Tempo despendido com a aparência				
Até 1 hora por dia	8(10)	2 (3)	$\chi^2=5,251$	p=0,072
De 1 a 3 horas por dia	13 (17)	8 (11)		
Mais de 3 horas por dia	58 (73)	66 (87)		
Valorização do defeito				
Defeito real	—	---	$\chi^2=0,131$	p=0,717
Defeito exagerado	67 (85)	66 (87)		
Defeito não observável	12 (15)	10 (13)		
Sentimentos de autorreferência	77 (97)	73 (96)		

* Como a amostra é pequena, na variável Estado Civil a condição viúvo(a) foi agregada à condição solteiro.

** Como a amostra é pequena, a variável escolaridade foi categorizada em apenas fundamental, médio e superior.

t Teste t-Student; χ^2 - Teste Qui-quadrado; Teste Exato de Fisher

Continua TABELA 14 (...)

(...) Continuação TABELA 14.

Variável	TDC		Estatística	Valor descritivo do teste
	Moderado (n= 79) média ± desvio-padrão ou n (%)	Grave (n= 76) média ± desvio-padrão ou n (%)		
Tipos de comportamentos (características compulsivas)				
Checagem				
Comparação com os outros	62 (78)	65 (86)	$\chi^2=1,299$	$p=0,254$
Busca de reassuramento	36 (46)	38 (50)	$\chi^2=0,305$	$p=0,581$
Uso do espelho para verificação	76 (96)	72 (95)	Fisher	$p=0,716$
Inspeção de áreas do corpo	71 (90)	73 (96)	Fisher	$p=0,211$
Evitação e inibição				
Evita o espelho	36 (46)	44 (58)	$\chi^2=2,356$	$p=0,125$
Estratégias de camuflagem	72 (91)	74 (97)	Fisher	$p=0,168$
Em situações públicas	22 (28)	65 (86)	$\chi^2=52,332$	$p<0,001$
Em situações sociais	30 (38)	66 (87)	$\chi^2=39,236$	$p<0,001$
Em atividades físicas	25 (32)	54 (71)	$\chi^2=24,070$	$p<0,001$
Do contato físico	70 (89)	76 (100)	$\chi^2=9,192$	$p<0,001$
Condutas auto-lesivas				
Skin-picking e Tricotilomania	4 (5)	9 (12)	$\chi^2=2,317$	$p=0,124$
Preocupação e insatisfação com a aparência física				
Início (faixa etária)				
Infância/adolescência	54 (68)	49 (65)	$\chi^2=0,523$	$p=0,770$
Adulto	14 (18)	31 (22)		
Adulto após 40 anos	11 (14)	21 (13)		
Histórico de abuso				
Teasing e bullying	60 (76)	55 (72)	$\chi^2=0,259$	$p=0,611$
Sexual	1 (1)	5 (7)	Fisher	$p=0,026$
Substâncias (álcool e drogas)	27 (34)	16 (21)	$\chi^2=3,329$	$p=0,068$
Histórico de suicídio				
Ideação suicida (pensamento)	1(1)	13(17)	Fisher	$p<0,001$
Tentativa de suicídio (comportamento)	—	6(9)	Fisher	$p=0,012$

* Como a amostra é pequena, na variável Estado Civil a condição viúvo(a) foi agregada à condição solteiro.

** Como a amostra é pequena, a variável escolaridade foi categorizada em apenas fundamental, médio e superior.

t Teste t-Student; χ^2 - Teste Qui-quadrado; Teste Exato de Fisher

QUADROS

QUADRO 7A. Dados demográficos do Grupo Rinoplastia (n=151).

Paciente	Idade	Gênero	IMC	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Especialidade	Tipo nariz
1	17	Feminino	21,32	Solteira	Médio	Estudante	Rinoplastia	Não caucasiano
2	24	Masculino	22,79	Solteiro	Médio	Ferramenteiro	Rinoplastia	Laterorrínia
3	35	Masculino	23,35	Casado	Médio	Comerciante	Rinoplastia	Não caucasiano
4	34	Feminino	20,06	Casada	Médio	Call center	Rinoplastia	Não caucasiano
5	24	Feminino	24,21	Solteira	Médio	Auxiliar cabeleira	Rinoplastia	Não caucasiano
6	30	Feminino	25,95	Solteira	Superior incompleto	Professora	Rinoplastia	Rinomegalia
7	26	Masculino	23,97	Casado	Fundamental	Gráfico	Rinoplastia	Não caucasiano
8	21	Feminino	20,03	Solteira	Superior incompleto	Estudante	Rinoplastia	Rinomegalia
9	37	Feminino	24,47	Separada	Médio	Afastada inss	Rinoplastia	Rinomegalia
10	27	Feminino	21,23	Casada	Médio	Auxiliar administr	Rinoplastia	Rinomegalia
11	43	Feminino	35,41	Divorciada	Superior incompleto	Setor compras	Rinoplastia	Rinomegalia
12	32	Masculino	33,45	Casado	Superior incompleto	Analista	Rinoplastia	Não caucasiano
13	28	Feminino	21,62	Casada	Médio	Auxiliar limpeza	Rinoplastia	Enc cir ortog
14	19	Feminino	21,02	Solteira	Médio	Estudante	Rinoplastia	Rinomegalia
15	20	Feminino	20,88	Solteira	Médio	Auxiliar vendas	Rinoplastia	Rinomegalia
16	23	Masculino	27,81	Casado	Fundamental	Motorista	Rinoplastia	Laterorrínia
17	27	Feminino	20,25	Solteira	Médio	Técnico enferm	Rinoplastia	Não caucasiano
18	51	Feminino	26,42	Divorciada	Superior	Secretária	Rinoplastia	Laterorrínia
19	57	Feminino	23,75	Solteira	Médio	Enfermeira	Rinoplastia	Não caucasiano
20	44	Feminino	27,16	Solteira	Fundamental	Costureira	Rinoplastia	Não caucasiano
21	18	Feminino	19,24	Solteira	Médio	Analt cobrança	Rinoplastia	Rinomegalia
22	36	Feminino	26,17	Casada	Médio	Estudante	Rinoplastia	Não caucasiano
23	27	Masculino	23,04	Solteiro	Médio	Técnico elevador	Rinoplastia	Não caucasiano
24	55	Feminino	26,50	Casada	Médio	Cabeleireira	Rinoplastia	Não caucasiano
25	34	Masculino	30,10	Solteiro	Médio	Insp seguros	Rinoplastia	Laterorrínia
26	35	Feminino	30,83	Casada	Fundamental	Doméstica	Rinoplastia	Não caucasiano
27	31	Feminino	31,25	Solteira	Superior	Advogada	Rinoplastia	Rinomegalia
28	24	Feminino	21,40	Casada	Superior	Analt cobrança	Rinoplastia	Rinomegalia
29	51	Feminino	24,83	Casada	Superior incompleto	Esteticista	Rinoplastia	Rinomegalia
30	27	Feminino	28,53	Casada	Superior	Professora	Rinoplastia	Rinomegalia
31	27	Masculino	22,46	Solteiro	Médio	Auxiliar escritório	Rinoplastia	Não caucasiano
32	49	Feminino	27,20	Separada	Superior	Empresária	Rinoplastia	Rinomegalia
33	45	Feminino	28,90	Separada	Fundamental	Esteticista	Rinoplastia	Rinomegalia
34	49	Feminino	24,88	Casada	Fundamental	Doméstica	Rinoplastia	Rinomegalia
35	29	Feminino	20,70	Solteira	Superior incompleto	Ass jurídica	Rinoplastia	Rinomegalia
36	37	Feminino	19,78	Solteira	Superior	Ass administr	Rinoplastia	Rinomegalia
37	33	Feminino	28,08	Separada	Fundamental	Costureira	Rinoplastia	Não caucasiano
38	24	Feminino	21,81	Solteira	Superior	Enfermeira	Rinoplastia	Rinomegalia
39	31	Feminino	24,15	Solteira	Médio	Recepcionista	Rinoplastia	Rinomegalia
40	26	Feminino	28,77	Casada	Médio	Desempregada	Rinoplastia	Rinomegalia
41	66	Feminino	26,33	Viúva	Médio	Costureira	Rinoplastia	Rinomegalia
42	35	Feminino	21,48	Solteira	Médio	Esteticista	Rinoplastia	Não caucasiano
43	24	Masculino	22,22	Solteiro	Médio	Metalúrgico	Rinoplastia	Não caucasiano
44	37	Feminino	22,51	Casada	Médio	Autônoma	Rinoplastia	Não caucasiano
45	30	Feminino	20,14	Solteira	Superior	Diretora berçário	Rinoplastia	Rinomegalia
46	61	Feminino	28,00	Casada	Primário	Aposentada	Rinoplastia	Não caucasiano
47	52	Feminino	36,58	Casada	Superior	Artesã	Rinoplastia	Rinomegalia
48	19	Masculino	22,75	Solteiro	Médio	Estudante	Rinoplastia	Rinomegalia
49	20	Feminino	21,03	Solteira	Médio	Secretária	Rinoplastia	Não caucasiano
50	31	Feminino	24,10	Casada	Superior incompleto	Corretora imóveis	Rinoplastia	Rinomegalia
51	24	Feminino	22,66	Solteira	Superior incompleto	Professora	Rinoplastia	Rinomegalia

QUADRO 7B. Dados demográficos do Grupo Rinoplastia (n=151).

Paciente	Idade	Gênero	IMC	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Especialidade	Tipo nariz
52	22	Feminino	23,85	Solteira	Médio	Atendente	Rinoplastia	Não caucasiano
53	40	Feminino	20,31	Casada	Médio	Auxiliar administrativo	Rinoplastia	Não caucasiano
54	22	Feminino	18,3	Solteira	Superior incompleto	Consultora vendas	Rinoplastia	Não caucasiano
55	26	Feminino	27,65	Solteira	Superior incompleto	Auxiliar escritório	Rinoplastia	Rinomegalia
56	28	Feminino	21,32	Solteira	Superior incompleto	Cobrança	Rinoplastia	Rinomegalia
57	29	Feminino	24,31	Solteira	Médio	Cobrança	Rinoplastia	Rinomegalia
58	35	Feminino	26,21	Divorciada	Superior	Ass comercial	Rinoplastia	Rinomegalia
59	32	Feminino	25,39	Solteira	Médio	Auxiliar enfermagem	Rinoplastia	Rinomegalia
60	26	Masculino	26,25	Solteiro	Médio	Músico	Rinoplastia	Não caucasiano
61	25	Feminino	19,85	Solteira	Médio	Op cobrança	Rinoplastia	Não caucasiano
62	29	Masculino	25,08	Solteiro	Superior	Marketing	Rinoplastia	Não caucasiano
63	33	Feminino	18,98	Solteira	Fundamental	Cabeleireira	Rinoplastia	Rinomegalia
64	64	Feminino	22,91	Solteira	Primário	Ascensorista	Rinoplastia	Não caucasiano
65	30	Masculino	24,85	Solteiro	Médio	Cabeleireiro	Rinoplastia	Rinomegalia
66	27	Masculino	27,5	Solteiro	Médio	Cabeleireiro	Rinoplastia	Não caucasiano
67	27	Masculino	26,62	Solteiro	Superior	Atendente	Rinoplastia	Não caucasiano
68	22	Feminino	22,08	Solteira	Superior incompleto	Auxiliar administrativo	Rinoplastia	Rinomegalia
69	43	Feminino	29,82	Divorciada	Superior incompleto	Vendas	Rinoplastia	Rinomegalia
70	61	Feminino	22,5	Separada	Fundamental	Costureira	Rinoplastia	Não caucasiano
71	58	Feminino	29,62	Casada	Superior incompleto	Professora	Rinoplastia	Não caucasiano
72	67	Feminino	28,75	Solteira	Superior incompleto	Aux técnica	Rinoplastia	Não caucasiano
73	36	Feminino	27,34	Casada	Fundamental	Costureira	Rinoplastia	Não caucasiano
74	41	Feminino	25,53	Divorciada	Médio	Segurança	Rinoplastia	Rinomegalia
75	44	Feminino	20,36	Casada	Fundamental	Cabeleireira	Rinoplastia	Rinomegalia
76	35	Masculino	26,59	Casado	Médio	Aux administr	Rinoplastia	Laterorrínia
77	32	Masculino	21,79	Separado	Fundamental	Motorista	Rinoplastia	Laterorrínia
78	49	Feminino	21,32	Solteira	Superior	Supervisora same	Rinoplastia	Rinomegalia
79	19	Feminino	17,37	Solteira	Superior incompleto	Estudante	Rinoplastia	Rinomegalia
80	21	Masculino	19,82	Solteiro	Médio	Cabeleireiro	Rinoplastia	Não caucasiano
81	22	Feminino	18,28	Solteira	Médio	Auxiliar administrativo	Rinoplastia	Rinomegalia
82	21	Feminino	26,66	Solteira	Médio	Babá	Rinoplastia	Não caucasiano
83	47	Feminino	21,03	Solteira	Superior	Policial	Rinoplastia	Não caucasiano
84	37	Masculino	26,49	Solteiro	Médio	Corretor imóveis	Rinoplastia	Não caucasiano
85	58	Feminino	23,4	Separada	Médio	Do lar	Rinoplastia	Não caucasiano
86	17	Masculino	23,52	Solteiro	Médio	Estudante	Rinoplastia	Não caucasiano
87	52	Feminino	27,08	Divorciada	Médio	Cabeleireira	Rinoplastia	Rinomegalia
88	61	Feminino	41,27	Casada	Primário	Do lar	Rinoplastia	Rinomegalia
89	32	Masculino	22,34	Solteiro	Médio	Hotelaria	Rinoplastia	Laterorrínia
90	20	Feminino	21,28	Solteira	Médio	Desempregada	Rinoplastia	Rinomegalia
91	24	Masculino	20,24	Solteiro	Médio	Cantor/auxiliar xerox	Rinoplastia	Laterorrínia
92	22	Masculino	21,51	Casado	Médio	Cabeleireiro	Rinoplastia	Não caucasiano
93	23	Feminino	22,62	Solteira	Superior incompleto	Promotora/eventos	Rinoplastia	Rinomegalia
94	28	Feminino	20,15	Solteira	Médio	Vendas	Rinoplastia	Não caucasiano
95	28	Masculino	30,15	Casado	Superior incompleto	Técnico/informática	Rinoplastia	Não caucasiano
96	23	Feminino	23,57	Solteira	Superior	Secretária	Rinoplastia	Não observável
97	33	Masculino	25,81	Solteiro	Superior	Bancário	Rinoplastia	Não observável
98	25	Masculino	19,88	Solteiro	Superior incompleto	Estudante	Rinoplastia	Não caucasiano
99	27	Feminino	20,72	Solteira	Médio	Cabeleireira	Rinoplastia	Não caucasiano
100	38	Feminino	23,93	Casada	Fundamental	Cabeleireira	Rinoplastia	Não caucasiano
101	48	Feminino	30,18	Separada	Superior	Comerciante	Rinoplastia	Rinomegalia
102	32	Feminino	24,25	Casada	Fundamental	Vendedora	Rinoplastia	Laterorrínia

QUADRO 7C. Dados demográficos do Grupo Rinoplastia (n=151).

Paciente	Idade	Gênero	IMC	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Especialidade	Tipo nariz
103	31	Feminino	19,24	Solteira	Médio	Babá	Rinoplastia	Não observável
104	34	Feminino	31,04	Solteira	Médio	Auxiliar produção	Rinoplastia	Não caucasiano
105	20	Feminino	18,03	Solteira	Superior incompleto	Estudante	Rinoplastia	Rinomegalia
106	18	Feminino	21,94	Solteira	Superior incompleto	Estudante	Rinoplastia	Não caucasiano
107	63	Feminino	34,37	Casada	Primário	Chocolateira	Rinoplastia	Laterorrinia
108	33	Feminino	23,7	Casada	Superior	Educação infantil	Rinoplastia	Rinomegalia
109	46	Feminino	26,03	Casada	Médio	Vendas	Rinoplastia	Rinomegalia
110	45	Masculino	28,74	Casado	Médio	Comerciante	Rinoplastia	Não caucasiano
111	32	Feminino	27,07	Casada	Médio	Do lar	Rinoplastia	Rinomegalia
112	19	Masculino	26,45	Solteiro	Médio	Técnico eletrônica	Rinoplastia	Rinomegalia
113	58	Masculino	28,47	Casado	Fundamental	Motorista	Rinoplastia	Não caucasiano
114	36	Feminino	19,96	Casada	Médio	Promotora	Rinoplastia	Rinomegalia
115	26	Feminino	21,3	Casada	Superior	Balconista farmácia	Rinoplastia	Rinomegalia
116	32	Masculino	23,88	Solteiro	Fundamental	Auxiliar serviços	Rinoplastia	Rinomegalia
117	28	Feminino	18,28	Solteira	Fundamental	Manicure	Rinoplastia	Laterorrinia
118	37	Masculino	19,66	Solteiro	Médio	Mecânico	Rinoplastia	Laterorrinia
119	48	Feminino	22,76	Solteira	Fundamental	Auxiliar limpeza	Rinoplastia	Não caucasiano
120	33	Feminino	23,52	Solteira	Superior	Policial militar	Rinoplastia	Rinomegalia
121	49	Feminino	23,8	Solteira	Fundamental	Auxilia cozinha	Rinoplastia	Não caucasiano
122	46	Masculino	23,89	Casado	Primário	Eletricista	Rinoplastia	Não caucasiano
123	33	Masculino	28,37	Casado	Fundamental	Segurança	Rinoplastia	Não caucasiano
124	41	Feminino	26,33	Casada	Superior	Professora	Rinoplastia	Laterorrinia
125	61	Feminino	22,38	Solteira	Médio	Aposentada	Rinoplastia	Rinomegalia
126	24	Feminino	23,57	Solteira	Superior	Estudante	Rinoplastia	Laterorrinia
127	38	Feminino	29,66	Casada	Médio	Vendedora	Rinoplastia	Rinomegalia
128	25	Feminino	20,61	Casada	Médio	Telemarketing	Rinoplastia	Não observável
129	48	Feminino	20,22	Casada	Médio	Do lar	Rinoplastia	Não observável
130	48	Feminino	25,61	Casada	Médio	Vendas	Rinoplastia	Rinomegalia
131	43	Feminino	24,63	Casada	Superior incompleto	Assistente contábil	Rinoplastia	Não observável
132	39	Feminino	22,76	Casada	Médio	Do lar	Rinoplastia	Rinomegalia
133	36	Masculino	29,8	Separado	Fundamental	Boxeador	Rinoplastia	Não caucasiano
134	44	Feminino	19,11	Viúva	Médio	Telemarketing	Rinoplastia	Não caucasiano
135	34	Feminino	22,95	Solteira	Médio	Recepcionista	Rinoplastia	Rinomegalia
136	40	Feminino	22,36	Solteira	Médio	Auxiliar escritório	Rinoplastia	Laterorrinia
137	27	Feminino	21,98	Casada	Superior incompleto	Auxiliar administr	Rinoplastia	Laterorrinia
138	35	Feminino	17,78	Casada	Fundamental	Do lar	Rinoplastia	Rinomegalia
139	20	Feminino	21,25	Solteira	Superior incompleto	Vendas	Rinoplastia	Rinomegalia
140	18	Feminino	17,32	Solteira	Médio	Estudante	Rinoplastia	Não observável
141	24	Feminino	19,11	Casada	Médio	Operador caixa	Rinoplastia	Rinomegalia
142	32	Feminino	19,45	Solteira	Superior	Designer	Rinoplastia	Rinomegalia
143	26	Feminino	21,57	Solteira	Médio	Cozinheira	Rinoplastia	Não caucasiano
144	41	Feminino	29,71	Casada	Fundamental	Do lar	Rinoplastia	Rinomegalia
145	19	Feminino	21,75	Solteira	Médio	Estudante	Rinoplastia	Não caucasiano
146	30	Feminino	18,75	Solteira	Superior	Psicóloga	Rinoplastia	Rinomegalia
147	30	Feminino	22,78	Solteira	Médio	Assistente administr	Rinoplastia	Não observável
148	17	Feminino	17,57	Solteira	Médio	Estudante	Rinoplastia	Rinomegalia
149	22	Feminino	22,34	Solteira	Superior incompleto	Nada	Rinoplastia	Laterorrinia
150	24	Masculino	19,6	Solteiro	Fundamental	Soldador	Rinoplastia	Não caucasiano
151	47	Feminino	21,48	Solteira	Médio	Auxiliar coleta	Rinoplastia	Rinomegalia

QUADRO 8A. Dados demográficos do Grupo Abdominoplastia (n=90).

Paciente	Idade	Gênero	IMC	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Especialidade
1	34	Feminino	20,06	Casada	Médio	Call center	Abdominoplastia
2	30	Feminino	25,95	Solteira	Médio	Professora	Abdominoplastia
3	27	Feminino	23,2	Solteira	Superior incompleto	Auxiliar administrativo	Abdominoplastia
4	35	Feminino	25,00	Solteira	Superior incompleto	Auxiliar compras	Abdominoplastia
5	56	Feminino	20,68	Solteira	Superior incompleto	Auxiliar serviço	Abdominoplastia
6	42	Feminino	21,48	Casada	Médio	Bombeiro pm	Abdominoplastia
7	52	Feminino	23,94	Casada	Superior	Do lar	Abdominoplastia
8	29	Feminino	24,62	Casada	Médio	Auxiliar educação	Abdominoplastia
9	35	Feminino	18,32	Solteira	Médio	Hoteleira	Abdominoplastia
10	29	Feminino	33,20	Casada	Médio	Professora	Abdominoplastia
11	38	Feminino	32,47	Solteira	Superior	Do lar	Abdominoplastia
12	27	Masculino	26,59	Casado	Fundamental	Agente indígena	Abdominoplastia
13	59	Feminino	21,27	Solteira	Primário	Doméstica	Abdominoplastia
14	48	Feminino	26,48	Divorciada	Médio	Ascensorista	Abdominoplastia
15	52	Feminino	33,45	Viúva	Médio	Gerente	Abdominoplastia
16	30	Feminino	23,43	Casada	Superior	Auxiliar administrativo	Abdominoplastia
17	46	Feminino	26,03	Divorciada	Superior incompleto	Recepcionista	Abdominoplastia
18	27	Feminino	20,25	Solteira	Superior incompleto	Técnica enfermagem	Abdominoplastia
19	32	Feminino	21,32	Casada	Fundamental	Bióloga	Abdominoplastia
20	32	Feminino	28,00	Solteira	Superior incompleto	Recepcionista	Abdominoplastia
21	28	Feminino	24,09	Casada	Superior incompleto	Do lar	Abdominoplastia
22	36	Feminino	26,17	Casada	Fundamental	Estudante	Abdominoplastia
23	35	Feminino	30,83	Casada	Médio	Doméstica	Abdominoplastia
24	31	Feminino	31,25	Solteira	Fundamental	Professora	Abdominoplastia
25	46	Feminino	26,71	Casada	Médio	Pesquisadora	Abdominoplastia
26	45	Feminino	28,90	Separada	Fundamental	Esteticista	Abdominoplastia
27	49	Feminino	24,88	Casada	Superior	Doméstica	Abdominoplastia
28	30	Feminino	23,89	Solteira	Superior incompleto	Auxiliar limpeza	Abdominoplastia
29	27	Feminino	24,21	Solteira	Médio	Manicure	Abdominoplastia
30	34	Feminino	24,55	Casada	Médio	Auxiliar administrativo	Abdominoplastia
31	41	Feminino	22,87	Casada	Médio	Cabeleireira	Abdominoplastia
32	63	Feminino	22,00	Casada	Superior	Funcionária pública	Abdominoplastia
33	36	Feminino	27,71	Casada	Médio	Enfermeira	Abdominoplastia
34	28	Feminino	30,12	Casada	Médio	Representante comercio	Abdominoplastia
35	39	Feminino	30,66	Casada	Médio	Assistente cobrança	Abdominoplastia
36	52	Feminino	32,11	Casada	Médio	Gerente	Abdominoplastia
37	28	Feminino	38,15	Solteira	Primário	Operadora caixa	Abdominoplastia
38	34	Feminino	28,11	Casada	Médio	Doméstica	Abdominoplastia
39	66	Feminino	26,33	Viúva	Médio	Costureira	Abdominoplastia
40	35	Feminino	21,48	Solteira	Médio	Esteticista	Abdominoplastia
41	37	Feminino	22,51	Casada	Médio	Autônoma	Abdominoplastia
42	30	Feminino	20,14	Solteira	Superior incompleto	Psicóloga	Abdominoplastia
43	52	Feminino	36,58	Casada	Médio	Artesã	Abdominoplastia
44	40	Feminino	20,31	Casada	Superior incompleto	Auxiliar administrativo	Abdominoplastia
45	27	Masculino	27,50	Solteiro	Superior	Cabeleireiro	Abdominoplastia
46	43	Feminino	29,82	Divorciada	Superior	Vendas	Abdominoplastia
47	58	Feminino	29,62	Casada	Superior incompleto	Professora	Abdominoplastia
48	36	Feminino	27,34	Casada	Médio	Costureira	Abdominoplastia
49	41	Feminino	25,53	Divorciada	Fundamental	Segurança	Abdominoplastia
50	21	Feminino	26,66	Solteira	Superior	Babá	Abdominoplastia
51	47	Feminino	21,03	Solteira	Fundamental	Policial	Abdominoplastia

QUADRO 8B. Dados demográficos do Grupo Abdominoplastia (n=90).

Paciente	Idade	Gênero	IMC	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Especialidade
52	35	Feminino	23,89	Casada	Médio	Vendas	Abdominoplastia
53	32	Feminino	27,07	Casada	Médio	Do lar	Abdominoplastia
54	38	Feminino	29,66	Casada	Médio	Vendas	Abdominoplastia
55	48	Feminino	20,22	Casada	Médio	Do lar	Abdominoplastia
56	43	Feminino	24,63	Casada	Superior	Assistente contábil	Abdominoplastia
57	27	Feminino	21,98	Casada	Superior incompleto	Assistente administrativo	Abdominoplastia
58	28	Feminino	23,04	Separada	Médio	Auxiliar enfermagem	Abdominoplastia
59	32	Feminino	19,45	Solteira	Superior	Modelo	Abdominoplastia
60	41	Feminino	29,71	Casada	Fundamental	Do lar	Abdominoplastia
61	30	Feminino	22,78	Solteira	Médio	Assistente administrativo	Abdominoplastia
62	37	Feminino	24,47	Separada	Médio	Afastada inss	Abdominoplastia
63	27	Feminino	21,23	Casada	Médio	Auxiliar administrativo	Abdominoplastia
64	32	Masculino	33,45	Casado	Superior incompleto	Analista	Abdominoplastia
65	51	Feminino	26,42	Divorciada	Superior	Secretária	Abdominoplastia
66	44	Feminino	27,16	Solteira	Fundamental	Costureira	Abdominoplastia
67	31	Feminino	24,15	Solteira	Médio	Recepcionista	Abdominoplastia
68	26	Feminino	27,65	Solteira	Superior incompleto	Auxescritório	Abdominoplastia
69	29	Feminino	24,31	Solteira	Médio	Auxcobrança	Abdominoplastia
70	35	Feminino	26,21	Divorciada	Superior	Asscomercial	Abdominoplastia
71	33	Feminino	18,98	Solteira	Fundamental	Cabeleireira	Abdominoplastia
72	61	Feminino	22,5	Separada	Fundamental	Costureira	Abdominoplastia
73	37	Masculino	26,49	Solteiro	Médio	Corretor imóveis	Abdominoplastia
74	52	Feminino	27,08	Divorciada	Médio	Cabeleireira	Abdominoplastia
75	61	Feminino	41,27	Casada	Primário	Do lar	Abdominoplastia
76	20	Feminino	21,28	Solteira	Médio	Desemprego	Abdominoplastia
77	22	Masculino	21,51	Solteiro	Médio	Cabeleireiro	Abdominoplastia
78	23	Feminino	22,62	Solteira	Superior incompleto	Promotora	Abdominoplastia
79	23	Feminino	23,57	Solteira	Superior	Secretária	Abdominoplastia
80	33	Masculino	25,81	Solteiro	Superior	Bancário	Abdominoplastia
81	38	Feminino	23,93	Casada	Fundamental	Cabeleireira	Abdominoplastia
82	48	Feminino	30,18	Separada	Superior	Comerciante	Abdominoplastia
83	33	Feminino	23,7	Casada	Superior	Educação infantil	Abdominoplastia
84	49	Feminino	23,8	Separada	Fundamental	Auxiliar cozinha	Abdominoplastia
85	24	Feminino	23,57	Solteira	Superior incompleto	Estudante	Abdominoplastia
86	48	Feminino	25,61	Casada	Médio	Vendas	Abdominoplastia
87	24	Feminino	27	Casada	Médio	Do lar	Abdominoplastia
88	31	Feminino	26,89	Solteira	Superior incompleto	Analista	Abdominoplastia
89	34	Feminino	28,44	Casada	Médio	Assistente administrativo	Abdominoplastia
90	47	Feminino	26,25	Separada	Fundamental	Auxiliar administrativo	Abdominoplastia

QUADRO 9A. Dados demográficos do Grupo Ritidoplastia (n=59).

Paciente	Idade	Gênero	IMC	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Especialidade
1	70	Feminino	22,22	Divorciada	Primário	Auxiliar enfermagem	Ritidoplastia
2	65	Feminino	22,13	Viúva	Primário	Bloquista	Ritidoplastia
3	54	Feminino	28,86	Casada	Primário	Segurança	Ritidoplastia
4	56	Feminino	22,95	Casada	Primário	Do lar	Ritidoplastia
5	56	Feminino	25,19	Divorciada	Médio	Cabeleireira	Ritidoplastia
6	48	Feminino	26,48	Divorciada	Fundamental	Ascensorista	Ritidoplastia
7	52	Feminino	33,45	Viúva	Médio	Administrativa	Ritidoplastia
8	30	Feminino	23,43	Casada	Superior	Auxiliar administrativo	Ritidoplastia
9	49	Feminino	20,94	Divorciada	Médio	Modista	Ritidoplastia
10	52	Feminino	21,75	Casada	Superior	Socióloga	Ritidoplastia
11	50	Feminino	21,64	Divorciada	Fundamental	Auxiliar enfermagem	Ritidoplastia
12	47	Feminino	26,25	Separada	Fundamental	Auxiliar administrativo	Ritidoplastia
13	41	Feminino	28,33	Solteira	Médio	Auxiliar administrativo	Ritidoplastia
14	53	Feminino	21,66	Viúva	Médio	Funcionária pública	Ritidoplastia
15	49	Feminino	24,09	Casada	Médio	Auxiliar enfermagem	Ritidoplastia
16	58	Feminino	26,98	Divorciada	Médio	Assistente administrativo	Ritidoplastia
17	51	Feminino	26,42	Divorciada	Superior	Secretária	Ritidoplastia
18	57	Feminino	23,75	Solteira	Médio	Enfermagem idosos	Ritidoplastia
19	58	Feminino	25,77	Casada	Superior	Doceira	Ritidoplastia
20	61	Feminino	22,3	Viúva	Médio	Do lar	Ritidoplastia
21	37	Feminino	22,51	Casada	Médio	Autônoma	Ritidoplastia
22	61	Feminino	28,02	Casada	Primário	Aposentada	Ritidoplastia
23	52	Feminino	30,83	Casada	Superior	Artesã	Ritidoplastia
24	61	Feminino	22,5	Separada	Fundamental	Costureira	Ritidoplastia
25	67	Feminino	28,75	Solteira	Superior incompleto	Auxiliar técnica	Ritidoplastia
26	41	Feminino	25,53	Divorciada	Médio	Segurança	Ritidoplastia
27	41	Feminino	26,33	Casada	Superior	Professora	Ritidoplastia
28	61	Feminino	22,38	Solteira	Médio	Aposentada	Ritidoplastia
29	64	Feminino	22,91	Solteira	Primário	Ascensorista	Ritidoplastia
30	46	Masculino	23,89	Solteiro	Primário	Eletricista	Ritidoplastia
31	33	Masculino	28,37	Casado	Fundamental	Segurança	Ritidoplastia
32	47	Feminino	21,48	Solteira	Médio	Auxiliar coleta sangue	Ritidoplastia
33	33	Feminino	23,89	Casada	Médio	Empresária	Ritidoplastia
34	33	Masculino	29,09	Solteiro	Médio	Desempregado	Ritidoplastia
35	58	Feminino	21,81	Casada	Médio	Do lar	Ritidoplastia
36	66	Feminino	23,86	Viúva	Médio	Aposentada	Ritidoplastia
37	58	Feminino	22,78	Divorciada	Fundamental	Costureira	Ritidoplastia
38	68	Feminino	21,69	Casada	Primário	Do lar	Ritidoplastia
39	61	Feminino	21,25	Solteira	Primário	Do lar	Ritidoplastia
40	61	Feminino	25	Solteira	Superior incompleto	Vendas (vinhos)	Ritidoplastia
41	64	Feminino	22,38	Casada	Superior incompleto	Funcionária pública federal	Ritidoplastia
42	64	Feminino	33,33	Separada	Superior incompleto	Secretária afastada	Ritidoplastia
43	60	Feminino	25,2	Divorciada	Superior incompleto	Aposentada	Ritidoplastia
44	49	Feminino	32,89	Casada	Fundamental	Ajudante serviços	Ritidoplastia
45	47	Feminino	32,44	Casada	Superior	Parada	Ritidoplastia
46	57	Feminino	31,27	Viúva	Fundamental	Aposentada	Ritidoplastia
47	68	Feminino	25,75	Solteira	Primário	Aposentada	Ritidoplastia
48	55	Feminino	24,88	Divorciada	Superior incompleto	Aposentada	Ritidoplastia
49	35	Feminino	23,77	Solteira	Médio	Babá	Ritidoplastia
50	57	Feminino	27,57	Solteira	Superior	Aposentada	Ritidoplastia

QUADRO 9B. Dados demográficos do Grupo Ritidoplastia (n=59).

Paciente	Idade	Gênero	IMC	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Especialidade
51	62	Feminino	22,66	Viúva	Fundamental	Costureira	Ritidoplastia
52	68	Feminino	28,44	Divorciada	Primário	Lar	Ritidoplastia
53	57	Feminino	23,52	Casada	Médio	Lar	Ritidoplastia
54	62	Feminino	28,45	Casada	Fundamental	Autônoma	Ritidoplastia
55	59	Feminino	28,36	Casada	Fundamental	Lar	Ritidoplastia
56	56	Feminino	27,08	Casada	Fundamental	Zeladora	Ritidoplastia
57	59	Feminino	34,73	Casada	Primário	Lar	Ritidoplastia
58	52	Feminino	20,88	Casada	Médio	Inspetora alunos	Ritidoplastia
59	49	Feminino	28,69	Casada	Fundamental	Lar	Ritidoplastia

QUADRO 10A. Variáveis clínicas do Grupo Rinoplastia (n=151).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autotreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspecção	Uso espelho evitação
1	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	não	não	sim
2	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	não	não
3	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	não	não
4	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	não	sim
5	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	não	não	sim
6	RINO	feminino	adulto	1h/dia	sim	não observável	sim	não	sim	sim	sim	não
7	RINO	masculino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
8	RINO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
9	RINO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	não	sim
10	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	não observável	sim	sim	não	sim	sim	sim
11	RINO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	não	sim
12	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim
13	RINO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	sim	real	sim	sim	não	sim	sim	sim
14	RINO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	sim
15	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
16	RINO	masculino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicida	Total BDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
1	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	101	não	inibida	não
2	RINO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	113	não	inibida	não
3	RINO	não	não	não	sim	não	não	sim	não	não	86	não	inibida	não
4	RINO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	116	não	inibida	não
5	RINO	não	não	não	sim	sim	sim	sim	não	não	108	não	inibida	não
6	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	23	não	inibida	não
7	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	71	não	inibida	não
8	RINO	não	não	não	não	sim	não	sim	não	não	37	sim	normal	não
9	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	125	não	inibida	não
10	RINO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	114	não	inibida	não
11	RINO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	110	sim	inibida	não
12	RINO	não	não	sim	sim	não	não	sim	não	não	104	não	inibida	não
13	RINO	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	144	não	inibida	não
14	RINO	não	não	não	sim	sim	não	sim	não	não	80	não	inibida	não
15	RINO	não	não	não	não	sim	não	sim	não	não	107	não	inibida	não
16	RINO	não	não	sim	não	sim	não	sim	não	não	74	não	inibida	não

QUADRO 10B. Variáveis clínicas do Grupo Rinoplastia (n=151).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspecção	Uso espelho evitação
17	RINO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	não observável	não	sim	sim	sim	sim	não
18	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	não	sim	sim	sim
19	RINO	feminino	após os 40 anos	1-3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
20	RINO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
21	RINO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
22	RINO	feminino	adulto	1h/dia	não	não observável	sim	sim	sim	sim	sim	não
23	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
24	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
25	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	não	não	sim	sim	não
26	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	sim	sim	sim	não
27	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
28	RINO	feminino	adulto	1h/dia	não	não observável	não	sim	não	sim	sim	não
29	RINO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
30	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
31	RINO	masculino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	não	não	sim	sim	não

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDEE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
17	RINO	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	77	não	inibida	não
18	RINO	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	106	sim	inibida	não
19	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	não	122	sim	inibida	não
20	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	65	não	normal	não
21	RINO	sim	não	não	não	não	não	não	não	não	65	não	normal	não
22	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	57	não	normal	não
23	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	43	não	normal	não
24	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	89	não	normal	não
25	RINO	não	não	sim	não	não	não	não	não	não	47	não	normal	não
26	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	85	não	normal	não
27	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	136	sim	inibida	não
28	RINO	não	não	não	não	sim	não	sim	não	não	42	não	normal	não
29	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	61	sim	normal	não
30	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	69	não	inibida	não
31	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	43	não	normal	não

QUADRO 10C. Variáveis clínicas do Grupo Rinoplastia (n=151).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
32	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
33	RINO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
34	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
35	RINO	feminino	infância/adolecência	1h/dia	sim	excessivo	sim	não	sim	sim	não	não
36	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
37	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
38	RINO	feminino	infância/adolecência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
39	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
40	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
41	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	sim	sim	sim	sim
42	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
43	RINO	masculino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
44	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
45	RINO	feminino	infância/adolecência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
46	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	sim	sim	sim	não

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
32	RINO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	95	não	inibida	não
33	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	150	não	inibida	não
34	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	95	não	inibida	não
35	RINO	não	não	não	não	sim	não	sim	não	não	75	não	normal	não
36	RINO	não	não	não	não	sim	não	sim	não	não	90	não	inibida	não
37	RINO	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	não	não	126	não	inibida	não
38	RINO	não	não	não	não	sim	não	sim	não	não	59	não	normal	não
39	RINO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	99	não	inibida	não
40	RINO	sim	sim	não	não	sim	não	não	não	não	117	não	inibida	não
41	RINO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	85	sim	inibida	não
42	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	142	não	inibida	não
43	RINO	não	não	não	não	não	não	sim	não	não	63	não	normal	não
44	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	148	não	inibida	não
45	RINO	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	77	sim	normal	não
46	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	124	não	inibida	não

QUADRO 10D. Variáveis clínicas do Grupo Rinoplastia (n=151).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
47	RINO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	não	sim	não	sim
48	RINO	masculino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
49	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	não	sim	sim	sim	sim
50	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
51	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
52	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	não observável	sim	sim	não	sim	sim	não
53	RINO	feminino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim
54	RINO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim
55	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
56	RINO	feminino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
57	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
58	RINO	feminino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
59	RINO	feminino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim
60	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
61	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	não observável	não	sim	não	sim	sim	sim

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Condição auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
47	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	117	não	inibida	não
48	RINO	não	não	não	sim	sim	não	sim	não	não	71	não	inibida	não
49	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim	90	sim	inibida	sim
50	RINO	não	não	não	não	sim	não	sim	não	não	57	não	inibida	não
51	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	124	não	inibida	não
52	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	116	não	inibida	não
53	RINO	não	sim	não	não	não	não	não	não	não	69	não	inibida	não
54	RINO	não	não	não	não	sim	não	sim	não	não	41	não	normal	não
55	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	122	não	inibida	não
56	RINO	sim	não	sim	sim	sim	não	sim	não	não	80	não	inibida	não
57	RINO	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	não	não	148	não	inibida	não
58	RINO	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	78	não	inibida	não
59	RINO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	106	não	inibida	não
60	RINO	sim	sim	não	sim	não	não	sim	não	não	119	não	inibida	não
61	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	124	não	inibida	não

QUADRO 10E. Variáveis clínicas do Grupo Rinoplastia (n= 151).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
62	RINO	masculino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	não	não	sim	sim	não
63	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
64	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
65	RINO	masculino	infância/adolecência	1h/dia	não	excessivo	não	não	sim	não	não	não
66	RINO	masculino	adulto	1h/dia	não	excessivo	não	não	não	sim	sim	não
67	RINO	masculino	adulto	1h/dia	não	excessivo	não	não	não	sim	sim	não
68	RINO	feminino	infância/adolecência	1h/dia	não	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
69	RINO	feminino	infância/adolecência	1h/dia	não	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
70	RINO	feminino	após os 40 anos	1-3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
71	RINO	feminino	infância/adolecência	1h/dia	não	excessivo	sim	não	não	sim	sim	sim
72	RINO	feminino	infância/adolecência	1-3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
73	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	não	não	sim
74	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
75	RINO	feminino	adulto	1h/dia	não	excessivo	não	não	sim	sim	sim	não
76	RINO	masculino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	não	sim	sim

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
62	RINO	não	não	não	não	não	não	sim	não	não	26	não	normal	não
63	RINO	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	não	não	125	não	inibida	não
64	RINO	não	não	não	sim	não	não	não	não	não	126	não	inibida	não
65	RINO	não	não	não	não	sim	não	sim	não	não	21	sim	normal	não
66	RINO	não	não	não	não	não	não	sim	não	não	24	não	inibida	não
67	RINO	não	não	sim	não	não	não	não	não	não	32	não	normal	não
68	RINO	não	não	não	não	sim	não	sim	não	não	34	não	inibida	não
69	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	11	não	inibida	não
70	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	72	não	inibida	não
71	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	87	não	inibida	não
72	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	99	sim	inibida	não
73	RINO	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	146	não	inibida	não
74	RINO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	100	não	inibida	não
75	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	31	não	normal	não
76	RINO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	78	não	inibida	não

QUADRO 10F. Variáveis clínicas do Grupo Rinoplastia (n=151).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspecção	Uso espelho evitação
77	RINO	masculino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
78	RINO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
79	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
80	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim
81	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
82	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim
83	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	não	não	sim
84	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
85	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
86	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
87	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
88	RINO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	real	sim	não	sim	sim	sim	não
89	RINO	masculino	infância/adolescência	1-3h/dia	não	real	sim	não	não	sim	sim	não
90	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
91	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	não	sim	não	não

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
77	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	28	não	normal	não
78	RINO	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	90	sim	inibida	não
79	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	129	não	normal	não
80	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	78	não	inibida	não
81	RINO	não	não	não	sim	sim	não	sim	não	não	110	não	inibida	não
82	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	58	não	normal	não
83	RINO	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	104	sim	inibida	não
84	RINO	não	não	não	sim	não	não	não	não	não	97	não	inibida	não
85	RINO	não	não	não	sim	não	não	não	não	não	105	não	inibida	não
86	RINO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	114	não	inibida	não
87	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	144	não	inibida	não
88	RINO	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	132	sim	inibida	não
89	RINO	não	não	não	não	não	não	sim	não	não	63	não	inibida	não
90	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	139	não	inibida	não
91	RINO	não	não	não	não	sim	não	sim	não	não	114	não	inibida	não

QUADRO 10G. Variáveis clínicas do Grupo Rinoplastia (n=151).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
92	RINO	masculino	adulto	1h/dia	não	excessivo	não	não	não	sim	não	não
93	RINO	feminino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	sim
94	RINO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	sim
95	RINO	masculino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	não	não	sim	sim	não
96	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	não observável	não	sim	não	sim	sim	não
97	RINO	masculino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	não observável	sim	sim	não	sim	sim	sim
98	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
99	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
100	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
101	RINO	feminino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim
102	RINO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
103	RINO	feminino	adulto	1h/dia	não	não observável	sim	não	sim	sim	sim	não
104	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
105	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
106	RINO	feminino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	não	não	não	sim	sim	não

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
92	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	19	não	inibida	não
93	RINO	não	sim	não	sim	sim	sim	sim	não	não	106	não	inibida	não
94	RINO	não	não	não	sim	sim	não	sim	não	não	123	sim	inibida	não
95	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	25	não	inibida	não
96	RINO	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	sim	não	117	sim	inibida	sim
97	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	136	não	inibida	não
98	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	132	não	inibida	não
99	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	88	não	inibida	não
100	RINO	sim	não	não	sim	sim	não	não	não	não	123	não	inibida	não
101	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	77	sim	inibida	não
102	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	44	não	normal	não
103	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	80	não	inibida	não
104	RINO	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	147	não	inibida	não
105	RINO	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	121	não	inibida	não
106	RINO	não	não	não	sim	não	não	sim	não	não	65	não	inibida	não

QUADRO 10H. Variáveis clínicas do Grupo Rinoplastia (n=151).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspecção	Uso espelho evitação
107	RINO	feminino	após os 40 anos	1-3h/dia	não	excessivo	não	não	não	sim	sim	sim
108	RINO	feminino	adulto	1-3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
109	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
110	RINO	masculino	adulto	1h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
111	RINO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
112	RINO	masculino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
113	RINO	masculino	após os 40 anos	1-3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
114	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
115	RINO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
116	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
117	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
118	RINO	masculino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	não	não	sim	sim	não
119	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
120	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	sim	sim	sim	sim
121	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
107	RINO	não	não	não	sim	não	não	não	não	não	64	sim	inibida	não
108	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	144	sim	inibida	não
109	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	73	não	inibida	não
110	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	34	não	normal	não
111	RINO	não	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	96	não	inibida	não
112	RINO	não	não	não	não	sim	não	sim	não	não	85	não	inibida	não
113	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	17	não	normal	não
114	RINO	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	116	não	inibida	não
115	RINO	sim	não	não	sim	sim	não	sim	não	não	127	não	inibida	não
116	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	151	não	inibida	não
117	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	119	sim	inibida	não
118	RINO	não	não	não	não	não	não	sim	não	não	50	sim	inibida	não
119	RINO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	101	não	inibida	não
120	RINO	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	128	não	inibida	não
121	RINO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	117	não	inibida	não

QUADRO 101. Variáveis clínicas do Grupo Rinoplastia (n=151).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
122	RINO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
123	RINO	masculino	adulto	1h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
124	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
125	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
126	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
127	RINO	feminino	adulto	1-3h/dia	não	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
128	RINO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	não observável	sim	sim	não	sim	sim	não
129	RINO	feminino	adulto	1h/dia	não	não observável	sim	não	sim	sim	sim	não
130	RINO	feminino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
131	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	não	não observável	não	sim	sim	sim	sim	não
132	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
133	RINO	masculino	adulto	mais de 3h/dia	não	real	sim	não	não	sim	sim	não
134	RINO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	sim
135	RINO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	não	não	sim	sim	não
136	RINO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	não	sim	sim

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
122	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	151	sim	inibida	não
123	RINO	sim	sim	não	não	não	não	não	não	não	83	não	inibida	não
124	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	65	sim	normal	não
125	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	35	não	normal	não
126	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	114	não	inibida	não
127	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	60	sim	inibida	não
128	RINO	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	105	não	inibida	não
129	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	54	não	inibida	não
130	RINO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	120	não	inibida	não
131	RINO	sim	sim	sim	não	sim	não	não	não	não	103	não	inibida	não
132	RINO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	122	sim	inibida	não
133	RINO	não	não	não	sim	não	não	sim	não	não	89	não	normal	não
134	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	109	não	inibida	não
135	RINO	não	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	122	não	inibida	não
136	RINO	não	não	não	sim	sim	não	sim	não	não	94	não	inibida	não

QUADRO 10J. Variáveis clínicas do Grupo Rimoplastia (n=151).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
137	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
138	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim
139	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
140	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	não observável	sim	sim	não	sim	sim	não
141	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
142	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
143	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
144	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	não	sim	sim	não
145	RINO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
146	RINO	feminino	infância/adolecência	1-3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
147	RINO	feminino	infância/adolecência	1h/dia	não	não observável	não	sim	sim	sim	sim	não
148	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	não	sim	sim
149	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
150	RINO	masculino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
151	RINO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
137	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	104	não	inibida	não
138	RINO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	102	sim	inibida	não
139	RINO	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	não	não	140	não	inibida	não
140	RINO	não	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	95	não	inibida	não
141	RINO	sim	sim	não	não	sim	não	sim	não	não	130	não	inibida	não
142	RINO	não	não	não	sim	sim	não	sim	não	não	125	sim	inibida	não
143	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	114	não	inibida	não
144	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim	156	sim	inibida	sim
145	RINO	sim	sim	não	sim	sim	sim	não	sim	sim	121	sim	inibida	sim
146	RINO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	112	sim	inibida	não
147	RINO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	41	não	inibida	não
148	RINO	sim	sim	não	não	sim	não	não	não	não	114	não	inibida	não
149	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim	128	não	normal	sim
150	RINO	sim	sim	não	sim	sim	sim	não	sim	não	140	não	inibida	não
151	RINO	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	134	sim	inibida	não

QUADRO 11.A. Variáveis clínicas do Grupo Abdominoplastia (n=90).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
152	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
153	ABDO	feminino	adulto	1h/dia	sim	excessivo	não	não	sim	sim	sim	não
154	ABDO	feminino	adulto	1-3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim
155	ABDO	feminino	adulto	1h/dia	sim	excessivo	sim	não	sim	sim	sim	não
156	ABDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	não observável	sim	não	sim	sim	sim	sim
157	ABDO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	não	excessivo	sim	não	não	sim	sim	não
158	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
159	ABDO	feminino	adulto	1-3h/dia	não	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
160	ABDO	feminino	adulto	1-3h/dia	não	real	não	sim	sim	sim	sim	não
161	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
162	ABDO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	não	excessivo	não	não	não	não	sim	não
163	ABDO	masculino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
164	ABDO	feminino	adulto	1h/dia	não	excessivo	não	não	não	não	sim	não
165	ABDO	feminino	após os 40 anos	1-3h/dia	sim	excessivo	sim	não	não	sim	sim	sim
166	ABDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
152	ABDO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	117	não	inibida	não
153	ABDO	sim	não	não	não	sim	não	não	não	não	25	não	normal	não
154	ABDO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	110	não	inibida	não
155	ABDO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	87	não	inibida	não
156	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	131	sim	inibida	não
157	ABDO	não	não	sim	não	sim	não	sim	não	não	60	não	inibida	não
158	ABDO	sim	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	74	não	inibida	não
159	ABDO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	110	não	inibida	não
160	ABDO	sim	sim	sim	não	sim	não	não	não	não	78	sim	inibida	não
161	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	119	não	inibida	não
162	ABDO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	58	não	inibida	não
163	ABDO	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	85	não	inibida	não
164	ABDO	não	não	sim	não	não	não	não	não	não	22	não	inibida	não
165	ABDO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	112	sim	inibida	não
166	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	144	não	inibida	não

QUADRO 11B. Variáveis clínicas do Grupo Abdominoplastia (n=90).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
167	ABDO	feminino	adulto	1-3h/dia	sim	não observável	sim	não	sim	sim	sim	não
168	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
169	ABDO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	não observável	não	sim	sim	sim	sim	não
170	ABDO	feminino	adulto	1-3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
171	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
172	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	sim
173	ABDO	feminino	adulto	1h/dia	não	não observável	sim	sim	sim	sim	sim	sim
174	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	sim	sim	sim	não
175	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
176	ABDO	feminino	após os 40 anos	1-3h/dia	não	não observável	sim	sim	não	sim	sim	sim
177	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
178	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
179	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
180	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	não	sim	sim
181	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Condição auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
167	ABDO	não	não	não	sim	sim	não	sim	não	não	96	não	inibida	não
168	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	137	não	inibida	não
169	ABDO	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	77	não	inibida	não
170	ABDO	sim	não	não	sim	sim	não	não	não	não	98	não	inibida	não
171	ABDO	sim	sim	sim	sim	não	não	não	sim	não	160	sim	inibida	não
172	ABDO	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	67	não	inibida	não
173	ABDO	sim	sim	sim	não	sim	não	não	não	não	114	não	inibida	não
174	ABDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	88	não	inibida	não
175	ABDO	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	não	não	136	sim	inibida	não
176	ABDO	não	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	100	não	inibida	não
177	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	150	não	inibida	não
178	ABDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	89	não	inibida	não
179	ABDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	106	não	inibida	não
180	ABDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	59	não	normal	não
181	ABDO	sim	não	não	não	sim	não	não	não	não	97	não	inibida	não

QUADRO 11C. Variáveis clínicas do Grupo Abdominoplastia (n=90).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
182	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
183	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
184	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
185	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
186	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	real	sim	sim	sim	sim	sim	não
187	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	não	não	sim	sim	não
188	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
189	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
190	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	sim	sim	sim	sim
191	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
192	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
193	ABDO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
194	ABDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	real	sim	sim	não	sim	sim	sim
195	ABDO	feminino	adulto	1-3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
196	ABDO	masculino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
182	ABDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	98	não	inibida	não
183	ABDO	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	87	não	normal	não
184	ABDO	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	51	não	normal	não
185	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim	150	não	inibida	não
186	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	133	não	inibida	não
187	ABDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	41	sim	normal	não
188	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	142	não	inibida	não
189	ABDO	sim	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	116	não	inibida	não
190	ABDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	131	não	inibida	não
191	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	126	não	inibida	não
192	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	149	não	inibida	não
193	ABDO	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	80	sim	normal	não
194	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	151	não	inibida	não
195	ABDO	não	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	91	não	inibida	não
196	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	135	não	inibida	não

QUADRO 11D. Variáveis clínicas do Grupo Abdominoplastia (n=90).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspecção	Uso espelho evitação
197	ABDO	feminino	infância/adolecência	1h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
198	ABDO	feminino	infância/adolecência	1h/dia	não	excessivo	sim	não	não	sim	sim	não
199	ABDO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	não	sim	sim
200	ABDO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
201	ABDO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	não	sim	sim
202	ABDO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	não	sim	sim
203	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	real	não	sim	não	sim	sim	sim
204	ABDO	feminino	infância/adolecência	1h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
205	ABDO	feminino	adulto	1-3h/dia	não	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
206	ABDO	feminino	adulto	1h/dia	não	não observável	sim	sim	não	sim	sim	sim
207	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	não observável	não	sim	sim	sim	sim	não
208	ABDO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	não observável	sim	sim	sim	sim	sim	não
209	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
210	ABDO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	não observável	sim	sim	sim	sim	sim	não
211	ABDO	feminino	infância/adolecência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	não	sim	não	sim

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
197	ABDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	50	não	inibida	não
198	ABDO	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	81	não	inibida	não
199	ABDO	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	150	não	inibida	não
200	ABDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	98	não	inibida	não
201	ABDO	sim	não	não	não	sim	não	não	não	não	77	não	normal	não
202	ABDO	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	136	sim	inibida	não
203	ABDO	não	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	108	não	inibida	não
204	ABDO	não	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	134	não	inibida	não
205	ABDO	não	não	sim	não	sim	não	não	não	não	100	sim	inibida	não
206	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	110	não	inibida	não
207	ABDO	sim	sim	sim	não	sim	não	não	não	não	113	não	inibida	não
208	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	137	não	inibida	não
209	ABDO	sim	sim	não	sim	sim	não	não	sim	não	140	sim	inibida	não
210	ABDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	127	sim	inibida	não
211	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	152	sim	inibida	não

QUADRO 11E. Variáveis clínicas do Grupo Abdominoplastia (n=90).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Tensão Belying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspecção	Uso espelho avaliação
212	ABDO	feminino	infância/adolescência	4h/dia	não	não observável	sim	sim	não	sim	sim	não
213	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
214	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
215	ABDO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	sim	sim	sim	sim
216	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	não	sim	sim	não
217	ABDO	feminino	após os 40 anos	4h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
218	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
219	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
220	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
221	ABDO	feminino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
222	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
223	ABDO	feminino	após os 40 anos	1-3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
224	ABDO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
225	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
226	ABDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	não	sim	sim	sim	não

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-testiva	Uso substâncias	Idiação suicida	Tentativa suicida	Total BODE	Busca de Tratamento Manual	Sexualidade	Abuso sexual
212	ABDO	não	sim	sim	não	sim	não	não	não	não	58	não	inibida	não
213	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	125	não	inibida	não
214	ABDO	não	não	não	sim	sim	não	sim	não	não	114	não	inibida	não
215	ABDO	não	não	sim	sim	não	não	sim	não	não	104	não	inibida	não
216	ABDO	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	101	sim	inibida	não
217	ABDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	65	não	normal	não
218	ABDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	99	não	inibida	não
219	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	122	não	inibida	não
220	ABDO	sim	sim	não	sim	sim	não	sim	não	não	148	não	inibida	não
221	ABDO	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	78	não	inibida	não
222	ABDO	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	125	não	inibida	não
223	ABDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	108	não	inibida	não
224	ABDO	não	não	não	sim	não	não	não	não	não	84	não	inibida	não
225	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	144	não	inibida	não
226	ABDO	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	não	132	sim	inibida	não

QUADRO 11F. Variáveis clínicas do Grupo Abdominoplastia (n=90).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
227	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
228	ABDO	masculino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	não	não	sim	sim	não
229	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	sim
230	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	não	não observável	sim	sim	não	sim	sim	não
231	ABDO	masculino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	não observável	sim	sim	não	sim	sim	sim
232	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
233	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim
234	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
235	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
236	ABDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
237	ABDO	feminino	adulto	1-3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
238	ABDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	não	sim	sim	sim	não
239	ABDO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	real	não	não	sim	sim	sim	sim
240	ABDO	feminino	adulto	1h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
241	ABDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	não observável	sim	sim	sim	sim	sim	sim

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
227	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	139	não	inibida	não
228	ABDO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	19	não	inibida	não
229	ABDO	não	sim	não	sim	sim	sim	não	não	não	106	não	inibida	não
230	ABDO	sim	sim	não	sim	não	sim	sim	não	não	117	sim	inibida	não
231	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	não	136	não	inibida	não
232	ABDO	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	123	não	inibida	não
233	ABDO	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	77	sim	inibida	não
234	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	144	sim	inibida	não
235	ABDO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	117	não	inibida	não
236	ABDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	114	não	inibida	não
237	ABDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	120	não	inibida	não
238	ABDO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	53	não	normal	não
239	ABDO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	103	sim	inibida	não
240	ABDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	49	não	normal	não
241	ABDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	116	não	inibida	não

QUADRO 12.A. Variáveis clínicas do Grupo Ritidoplastia (n=59).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
242	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	não	sim	não	sim	não
243	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	não	sim	sim	não	não
244	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	não observável	sim	sim	não	não	sim	sim
245	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	não observável	não	sim	sim	sim	sim	não
246	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	não observável	sim	sim	sim	sim	sim	sim
247	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	não	não	sim	sim	sim
248	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
249	RITIDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	não observável	não	não	sim	sim	sim	não
250	RITIDO	feminino	adulto	1-3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
251	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	não	não observável	não	sim	não	sim	sim	não
252	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	não	não observável	não	não	sim	sim	sim	não
253	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	não observável	não	sim	sim	sim	sim	sim
254	RITIDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	não	não	sim	sim	sim
255	RITIDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	não observável	sim	não	não	sim	sim	sim
256	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	não observável	sim	não	não	sim	sim	sim

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
242	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	43	sim	normal	não
243	RITIDO	não	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	94	não	inibida	não
244	RITIDO	não	não	sim	sim	não	não	não	não	não	116	sim	inibida	não
245	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	91	não	inibida	não
246	RITIDO	sim	sim	sim	não	sim	não	não	não	não	106	não	normal	não
247	RITIDO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	112	sim	inibida	não
248	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	144	não	inibida	não
249	RITIDO	não	não	não	não	não	não	sim	não	não	96	não	inibida	não
250	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	78	não	inibida	não
251	RITIDO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	30	sim	normal	não
252	RITIDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	75	não	inibida	não
253	RITIDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	116	não	inibida	não
254	RITIDO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	58	não	inibida	não
255	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	141	sim	inibida	não
256	RITIDO	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	98	não	inibida	não

QUADRO 12B. Variáveis clínicas do Grupo Ritidoplastia (n=59).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
257	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	não	sim	sim	sim	não
258	RITIDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	não	sim	sim	sim	não
259	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1-3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
260	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
261	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	não observável	não	sim	não	sim	sim	não
262	RITIDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
263	RITIDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	não	sim	sim	sim	não
264	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
265	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1-3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
266	RITIDO	feminino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
267	RITIDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
268	RITIDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
269	RITIDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
270	RITIDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	não
271	RITIDO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduita auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
257	RITIDO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	47	não	inibida	não
258	RITIDO	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	101	sim	inibida	não
259	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	não	127	sim	inibida	sim
260	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	38	sim	normal	não
261	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	52	não	normal	não
262	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	148	não	inibida	não
263	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	124	não	inibida	não
264	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	115	não	inibida	não
265	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	108	não	inibida	não
266	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	92	sim	inibida	não
267	RITIDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	100	não	inibida	não
268	RITIDO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	67	sim	normal	não
269	RITIDO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	41	não	normal	não
270	RITIDO	não	não	não	sim	não	não	não	não	não	126	não	inibida	não
271	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	151	sim	inibida	não

QUADRO 12C. Variáveis clínicas do Grupo Ritidoplastia (n=59).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspeção	Uso espelho evitação
272	RITIDO	masculino	adulto	1h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
273	RITIDO	feminino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
274	RITIDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	real	não	não	não	sim	sim	não
275	RITIDO	masculino	infância/adolescência	mais de 3h/dia	sim	não observável	sim	não	não	não	sim	sim
276	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1-3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
277	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	não	excessivo	não	não	não	não	sim	sim
278	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	não	não observável	não	sim	não	sim	sim	não
279	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
280	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
281	RITIDO	feminino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	não
282	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
283	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	sim
284	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	não	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
285	RITIDO	feminino	adulto	1-3h/dia	não	excessivo	sim	sim	sim	sim	sim	sim
286	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
272	RITIDO	sim	sim	não	não	não	não	não	não	não	83	não	normal	não
273	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	134	sim	inibida	não
274	RITIDO	não	não	não	não	sim	sim	não	não	não	42	não	normal	não
275	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	não	128	sim	inibida	não
276	RITIDO	não	não	não	não	não	não	sim	não	não	32	não	normal	não
277	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	24	sim	inibida	não
278	RITIDO	não	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	67	não	inibida	não
279	RITIDO	não	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	149	não	inibida	não
280	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	146	não	inibida	não
281	RITIDO	não	não	não	sim	sim	não	sim	não	não	74	sim	inibida	não
282	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	54	não	normal	não
283	RITIDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	94	não	inibida	não
284	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	64	não	inibida	não
285	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	152	não	inibida	não
286	RITIDO	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	não	108	não	inibida	não

QUADRO 12D. Variáveis clínicas do Grupo Ritidoplastia (n=59).

Paciente	Grupo	Gênero	Início Faixa Etária	Tempo Dispendido	Teasing Bullying	Valorização do defeito	Percepções de autorreferência	Comparação com os outros	Reasseguramento	Uso espelho verificação	Inspecção	Uso espelho evitação
287	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1-3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
288	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim
289	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	não	excessivo	não	sim	sim	sim	sim	não
290	RITIDO	feminino	adulto	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	sim
291	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	não observável	sim	sim	sim	sim	sim	não
292	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	não	não	sim	sim	sim	não
293	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
294	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1-3h/dia	não	excessivo	não	não	não	sim	sim	não
295	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
296	RITIDO	feminino	infância/adolescência	1-3h/dia	sim	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
297	RITIDO	feminino	após os 40 anos	1h/dia	não	excessivo	não	sim	não	sim	sim	não
298	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	não	não	sim	sim	não
299	RITIDO	feminino	infância/adolescência	1h/dia	sim	excessivo	sim	sim	não	sim	sim	sim
300	RITIDO	feminino	após os 40 anos	mais de 3h/dia	não	excessivo	sim	não	sim	sim	sim	não

Paciente	Grupo	Situações públicas	Sociais	Atividades físicas	Contato físico	Camuflagem	Conduta auto-lesiva	Uso substâncias	Ideação suicida	Tentativa suicídio	Total BDDE	Busca de Tratamento Mental	Sexualidade	Abuso sexual
287	RITIDO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	59	não	normal	não
288	RITIDO	sim	sim	não	sim	não	não	não	não	não	85	não	inibida	não
289	RITIDO	não	não	não	sim	não	não	não	não	não	63	não	inibida	não
290	RITIDO	não	não	não	não	não	não	não	não	não	64	sim	normal	não
291	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	132	sim	inibida	não
292	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	51	sim	normal	não
293	RITIDO	não	não	não	sim	não	não	não	não	não	40	não	inibida	não
294	RITIDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	70	sim	inibida	não
295	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	46	não	inibida	não
296	RITIDO	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	108	não	inibida	não
297	RITIDO	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	41	sim	normal	não
298	RITIDO	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	não	não	142	sim	inibida	não
299	RITIDO	não	sim	não	sim	sim	não	não	não	não	58	sim	inibida	não
300	RITIDO	não	não	não	sim	sim	não	não	não	não	107	não	inibida	não

QUADRO 13A. Dados individuais do *BDDE* e classificação dos sintomas do TDC (sem sintomas, sintomas moderados e graves), no Grupo Rinoplastia (n=151)

Paciente	Total BDDE	Critério A/DSM-IV	Critério B/DSM-IV	Critério C/DSM-IV	HD (TDC)
1	101	Sim	Sim	Sim	Moderado
2	113	Sim	Sim	Sim	Moderado
3	86	Sim	Sim	Sim	Moderado
4	116	Sim	Sim	Sim	Moderado
5	108	Sim	Sim	Sim	Moderado
6	23	Não	Não	Sim	Não
7	71	Sim	Não	Sim	Não
8	37	Não	Não	Sim	Não
9	125	Sim	Sim	Sim	Grave
10	114	Sim	Sim	Sim	Moderado
11	110	Sim	Sim	Sim	Moderado
12	104	Não	Sim	Sim	Não
13	144	Não	Sim	Sim	Não
14	80	Não	Não	Sim	Não
15	107	Não	Não	Sim	Não
16	74	Não	Sim	Sim	Não
17	77	Não	Não	Sim	Não
18	106	Sim	Sim	Sim	Moderado
19	122	Sim	Sim	Sim	Grave
20	65	Sim	Não	Sim	Não
21	65	Sim	Não	Sim	Não
22	57	Não	Não	Sim	Não
23	43	Não	Não	Sim	Não
24	89	Não	Não	Sim	Não
25	47	Não	Não	Sim	Não
26	85	Sim	Sim	Sim	Moderado
27	136	Sim	Sim	Sim	Moderado
28	42	Não	Não	Sim	Não
29	61	Não	Não	Sim	Não
30	69	Não	Não	Sim	Não
31	43	Não	Não	Sim	Não
32	95	Não	Sim	Sim	Não
33	150	Sim	Sim	Sim	Grave
34	95	Não	Sim	Sim	Não
35	75	Sim	Não	Sim	Não
36	90	Não	Não	Sim	Não
37	126	Sim	Sim	Sim	Grave
38	59	Não	Não	Sim	Não
39	99	Sim	Sim	Sim	Moderado
40	117	Sim	Sim	Sim	Moderado
41	85	Não	Não	Sim	Não
42	142	Sim	Sim	Sim	Grave
43	63	Não	Não	Sim	Não
44	148	Sim	Sim	Sim	Grave
45	77	Sim	Não	Sim	Não
46	124	Sim	Sim	Sim	Grave
47	117	Sim	Sim	Sim	Moderado
48	71	Sim	Sim	Sim	Grave
49	90	Sim	Sim	Sim	Grave
50	57	Não	Não	Sim	Não
51	124	Sim	Sim	Sim	Grave

QUADRO 13B. Dados individuais do *BDDE* e classificação dos sintomas do TDC (sem sintomas, sintomas moderados e graves), no Grupo Rinoplastia (n=151)

Paciente	Total BDDE	Critério A/DSM-IV	Critério B/DSM-IV	Critério C/DSM-IV	HD (TDC)
52	116	Sim	Sim	Sim	Moderado
53	69	Não	Não	Sim	Não
54	41	Não	Não	Sim	Não
55	122	Sim	Sim	Sim	Grave
56	80	Sim	Sim	Sim	Moderado
57	148	Sim	Sim	Sim	Moderado
58	78	Não	Sim	Sim	Não
59	106	Sim	Sim	Sim	Moderado
60	119	Não	Sim	Sim	Não
61	124	Sim	Sim	Sim	Grave
62	26	Não	Não	Sim	Não
63	125	Sim	Sim	Sim	Grave
64	126	Sim	Sim	Sim	Grave
65	21	Não	Não	Sim	Não
66	24	Não	Não	Sim	Não
67	32	Não	Não	Sim	Não
68	34	Não	Não	Sim	Não
69	11	Não	Não	Sim	Não
70	72	Não	Não	Sim	Não
71	87	Não	Não	Sim	Não
72	99	Não	Sim	Sim	Não
73	146	Sim	Sim	Sim	Grave
74	100	Sim	Sim	Sim	Moderado
75	31	Não	Não	Sim	Não
76	78	Não	Não	Sim	Não
77	28	Não	Não	Sim	Não
78	90	Sim	Sim	Sim	Moderado
79	129	Sim	Sim	Sim	Moderado
80	78	Não	Não	Sim	Não
81	110	Sim	Sim	Sim	Moderado
82	58	Não	Não	Sim	Não
83	104	Sim	Sim	Sim	Moderado
84	97	Sim	Sim	Sim	Moderado
85	105	Sim	Sim	Sim	Moderado
86	114	Sim	Sim	Sim	Moderado
87	144	Sim	Sim	Sim	Grave
88	132	Não	Sim	Sim	Não
89	63	Não	Não	Sim	Não
90	139	Sim	Sim	Sim	Grave
91	114	Sim	Sim	Sim	Moderado
92	19	Não	Não	Sim	Não
93	106	Sim	Sim	Sim	Moderado
94	123	Sim	Sim	Sim	Moderado
95	25	Não	Não	Sim	Não
96	117	Sim	Sim	Sim	Moderado
97	136	Sim	Sim	Sim	Grave
98	132	Sim	Sim	Sim	Grave
99	88	Sim	Sim	Sim	Moderado
100	123	Sim	Sim	Sim	Moderado
101	77	Não	Sim	Sim	Não

QUADRO 13C. Dados individuais do *BDDE* e classificação dos sintomas do TDC (sem sintomas, sintomas moderados e graves), no Grupo Rinoplastia (n=151)

Paciente	Total BDDE	Critério A/DSM-IV	Critério B/DSM-IV	Critério C/DSM-IV	HD (TDC)
102	44	Não	Não	Sim	Não
103	80	Sim	Sim	Sim	Moderado
104	147	Sim	Sim	Sim	Grave
105	121	Sim	Sim	Sim	Moderado
106	65	Sim	Sim	Sim	Moderado
107	64	Não	Não	Sim	Não
108	144	Sim	Sim	Sim	Grave
109	73	Não	Não	Sim	Não
110	34	Não	Não	Sim	Não
111	96	Sim	Sim	Sim	Moderado
112	85	Não	Sim	Sim	Não
113	17	Não	Não	Sim	Não
114	116	Sim	Sim	Sim	Moderado
115	127	Sim	Sim	Sim	Moderado
116	151	Sim	Sim	Sim	Grave
117	119	Sim	Sim	Sim	Moderado
118	50	Não	Não	Sim	Não
119	101	Sim	Sim	Sim	Moderado
120	128	Sim	Sim	Sim	Grave
121	117	Sim	Sim	Sim	Moderado
122	151	Sim	Sim	Sim	Grave
123	83	Não	Não	Sim	Não
124	65	Não	Não	Sim	Não
125	35	Não	Não	Sim	Não
126	114	Não	Sim	Sim	Não
127	60	Não	Não	Sim	Não
128	105	Sim	Sim	Sim	Moderado
129	54	Não	Não	Sim	Não
130	120	Sim	Sim	Sim	Moderado
131	103	Sim	Não	Sim	Não
132	122	Sim	Sim	Sim	Moderado
133	89	Não	Sim	Sim	Não
134	109	Sim	Não	Sim	Não
135	122	Sim	Sim	Sim	Moderado
136	94	Não	Sim	Sim	Não
137	104	Sim	Sim	Sim	Moderado
138	102	Sim	Sim	Sim	Moderado
139	140	Sim	Sim	Sim	Grave
140	95	Sim	Não	Sim	Não
141	130	Sim	Sim	Sim	Moderado
142	125	Sim	Sim	Sim	Moderado
143	114	Sim	Sim	Sim	Moderado
144	156	Sim	Sim	Sim	Grave
145	121	Sim	Sim	Sim	Grave
146	112	Não	Não	Sim	Não
147	41	Não	Não	Sim	Não
148	114	Sim	Não	Sim	Não
149	128	Sim	Sim	Sim	Grave
150	140	Sim	Sim	Sim	Grave
151	134	Sim	Sim	Sim	Grave

QUADRO 14A. Dados individuais do *BDDE* e classificação dos sintomas do TDC (sem sintomas, sintomas moderados e graves), no Grupo Abdominoplastia (n=90)

Paciente	Total BDDE	Critério A/DSM-IV	Critério B/DSM-IV	Critério C/DSM-IV	HD (TDC)
1	117	Sim	Sim	Sim	Moderado
2	25	Não	Não	Sim	Não
3	110	Sim	Sim	Sim	Moderado
4	87	Sim	Sim	Sim	Moderado
5	131	Sim	Sim	Sim	Grave
6	60	Não	Não	Sim	Não
7	74	Não	Não	Sim	Não
8	110	Sim	Sim	Sim	Moderado
9	78	Não	Não	Sim	Não
10	119	Sim	Sim	Sim	Grave
11	58	Não	Não	Sim	Não
12	85	Não	Não	Sim	Não
13	22	Não	Não	Sim	Não
14	112	Sim	Sim	Sim	Moderado
15	144	Sim	Sim	Sim	Grave
16	96	Sim	Sim	Sim	Moderado
17	137	Não	Não	Sim	Não
18	77	Não	Não	Sim	Não
19	98	Não	Sim	Sim	Não
20	160	Sim	Sim	Sim	Grave
21	67	Não	Não	Sim	Não
22	114	Sim	Sim	Sim	Moderado
23	88	Sim	Sim	Sim	Moderado
24	136	Sim	Sim	Sim	Moderado
25	100	Não	Não	Sim	Não
26	150	Sim	Sim	Sim	Grave
27	89	Não	Sim	Sim	Não
28	106	Sim	Sim	Sim	Moderado
29	59	Não	Não	Sim	Não
30	97	Não	Sim	Sim	Não
31	98	Sim	Sim	Sim	Moderado
32	87	Não	Não	Sim	Não
33	51	Não	Não	Sim	Não
34	150	Sim	Sim	Sim	Grave
35	133	Não	Sim	Sim	Não
36	41	Não	Não	Sim	Não
37	142	Sim	Sim	Sim	Grave
38	116	Sim	Sim	Sim	Grave
39	131	Sim	Sim	Sim	Grave
40	126	Não	Sim	Sim	Não
41	149	Sim	Sim	Sim	Grave
42	80	Não	Não	Sim	Não
43	151	Não	Sim	Sim	Não
44	91	Não	Não	Sim	Não
45	135	Sim	Sim	Sim	Grave
46	50	Não	Não	Sim	Não
47	81	Não	Não	Sim	Não
48	150	Sim	Sim	Sim	Grave
49	98	Sim	Sim	Sim	Grave
50	77	Sim	Não	Sim	Não

QUADRO 14B. Dados individuais do *BDDE* e classificação dos sintomas do TDC (sem sintomas, sintomas moderados e graves), no Grupo Abdominoplastia (n=90)

Paciente	Total BDDE	Critério A/DSM-IV	Critério B/DSM-IV	Critério C/DSM-IV	HD (TDC)
51	136	Sim	Sim	Sim	Grave
52	108	Não	Sim	Sim	Não
53	134	Sim	Sim	Sim	Grave
54	100	Sim	Sim	Sim	Moderado
55	110	Sim	Sim	Sim	Grave
56	113	Sim	Não	Sim	Não
57	137	Sim	Sim	Sim	Grave
58	140	Sim	Sim	Sim	Grave
59	127	Sim	Sim	Sim	Moderado
60	152	Sim	Sim	Sim	Grave
61	58	Não	Não	Sim	Não
62	125	Sim	Sim	Sim	Grave
63	114	Sim	Sim	Sim	Moderado
64	104	Não	Sim	Sim	Não
65	101	Sim	Sim	Sim	Moderado
66	65	Sim	Não	Sim	Não
67	99	Sim	Sim	Sim	Moderado
68	122	Sim	Sim	Sim	Grave
69	148	Sim	Sim	Sim	Moderado
70	78	Sim	Sim	Sim	Não
71	125	Sim	Sim	Sim	Grave
72	108	Sim	Sim	Sim	Moderado
73	84	Sim	Sim	Sim	Moderado
74	144	Sim	Sim	Sim	Grave
75	132	Não	Sim	Sim	Não
76	139	Sim	Sim	Sim	Grave
77	19	Não	Não	Não	Não
78	106	Sim	Sim	Sim	Grave
79	117	Sim	Sim	Sim	Grave
80	136	Sim	Sim	Sim	Grave
81	123	Sim	Sim	Sim	Grave
82	77	Não	Sim	Sim	Não
83	144	Sim	Sim	Sim	Grave
84	117	Sim	Sim	Sim	Grave
85	114	Não	Sim	Sim	Não
86	120	Sim	Sim	Sim	Moderado
87	53	Não	Não	Sim	Não
88	103	Sim	Não	Sim	Não
89	49	Não	Não	Sim	Não
90	116	Sim	Sim	Sim	Moderado

QUADRO 15A. Dados individuais do *BDDE* e classificação dos sintomas do TDC (sem sintomas, sintomas moderados e graves), no Grupo Rítidoplastia (n=59).

Paciente	Total BDDE	Crítério A/DSM-IV	Crítério B/DSM-IV	Crítério C/DSM-IV	HD (TDC)
1	43	Não	Não	Sim	Não
2	94	Sim	Sim	Sim	Moderado
3	116	Sim	Não	Sim	Não
4	91	Sim	Não	Sim	Não
5	106	Sim	Sim	Sim	Moderado
6	112	Sim	Sim	Sim	Moderado
7	144	Sim	Sim	Sim	Grave
8	96	Sim	Sim	Sim	Moderado
9	78	Não	Não	Sim	Não
10	30	Não	Não	Sim	Não
11	75	Não	Não	Sim	Não
12	116	Sim	Sim	Sim	Moderado
13	58	Não	Não	Sim	Não
14	141	Sim	Sim	Sim	Grave
15	98	Sim	Não	Sim	Não
16	47	Não	Não	Sim	Não
17	101	Sim	Sim	Sim	Moderado
18	127	Sim	Sim	Sim	Grave
19	38	Não	Não	Sim	Não
20	52	Não	Não	Sim	Não
21	148	Sim	Sim	Sim	Grave
22	124	Sim	Sim	Sim	Grave
23	115	Sim	Sim	Sim	Grave
24	108	Sim	Sim	Sim	Grave
25	92	Não	Sim	Sim	Não
26	100	Sim	Sim	Sim	Grave
27	67	Não	Não	Sim	Não
28	41	Não	Não	Sim	Não
29	126	Sim	Sim	Sim	Grave
30	151	Sim	Sim	Sim	Grave
31	83	Não	Não	Sim	Não
32	134	Sim	Sim	Sim	Grave
33	42	Não	Não	Sim	Não
34	128	Sim	Sim	Sim	Grave
35	32	Não	Não	Sim	Não
36	24	Não	Não	Sim	Não
37	67	Não	Não	Sim	Não
38	149	Sim	Sim	Sim	Moderado
39	146	Sim	Sim	Sim	Grave
40	74	Sim	Sim	Sim	Moderado
41	54	Não	Não	Sim	Não
42	94	Não	Não	Sim	Não
43	64	Não	Não	Sim	Não
44	152	Sim	Sim	Sim	Grave
45	108	Não	Sim	Sim	Não
46	59	Não	Sim	Sim	Não
47	85	Não	Sim	Sim	Não
48	63	Não	Não	Sim	Não
49	64	Não	Não	Sim	Não
50	132	Sim	Sim	Sim	Grave

QUADRO 15B. Dados individuais do *BDDE* e classificação dos sintomas do TDC (sem sintomas, sintomas moderados e graves), no Grupo Ritidoplastia (n=59).

Paciente	Total BDDE	Critério A/DSM-IV	Critério B/DSM-IV	Critério C/DSM-IV	HD (TDC)
51	51	Não	Não	Sim	Não
52	40	Não	Não	Sim	Não
53	70	Sim	Não	Sim	Não
54	46	Não	Não	Sim	Não
55	108	Sim	Não	Sim	Não
56	41	Não	Não	Sim	Não
57	142	Sim	Sim	Sim	Grave
58	58	Não	Não	Sim	Não
59	107	Sim	Sim	Sim	Moderado

QUADRO 16. Áreas de insatisfação corporal citadas pelos pacientes que apresentaram sintomas do TDC (BDDE), candidatos à abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia.

Grupo com TDC: Qual parte(s) do corpo você gostaria de mudar?			
	Abdominoplastia	Rinoplastia	Ritidoplastia
Parte do corpo	N=51	N=79	N=25
Aparência geral	---	6	1
Peso	5	6	---
Altura	---	1	1
Contorno corporal	2	3	---
Tipo corporal	---	1	---
Massa muscular	---	10	---
Pele	4	9	5
Rugas	2	10	23
Rosto	11	10	25
Cabelo	1	2	---
Orelha	1	2	---
Olhos	2	6	8
Boca	1	3	---
Pescoço	1	---	2
Dentes	---	1	---
Nariz	31	79	7
Queixo	1	2	1
Lábios	1	2	---
Sobrancelha	---	1	1
Tórax	1	2	---
Seios	21	27	6
Braços	2	3	1
Mãos	---	---	1
Cintura	1	---	1
Abdome	51	32	9
Quadris	1	---	1
Glúteos	2	4	1
Órgãos genitais	---	2	1
Pernas	1	2	1
Pés	---	1	---

QUADRO 17. Procedimentos estéticos procurados, pelo grupo de pacientes que apresentou sintomas do TDC, em cada um dos procedimentos cirúrgicos.

Que outros procedimentos estéticos você já buscou para melhorar a sua aparência física?

Tipo de procedimento	Abdominoplastia	Rinoplastia	Ritidoplastia	Total
Nenhum	29	15	12	56
Academia	9	47	2	58
Dermatologia	6	17	2	25
Odontologia	---	3	1	4
Outra Cirurgia plástica	13	16	9	38

ANEXOS

VERSÃO BRASILEIRA DO *BDDE*

INSTRUÇÕES GERAIS

PERÍODO DE TEMPO. As perguntas que você formulará estarão relacionadas às últimas quatro semanas da vida do entrevistado. Para facilitar a relembrar este período, comece perguntando ao entrevistado sobre o assunto e sobre o período de tempo e faça com que o ponto de partida seja específico. Uma frase útil para começar seria, "Eu perguntarei sobre as suas últimas quatro semanas, quer dizer, o período de tempo que data do dia _____ ao dia _____".

PERGUNTAS COM UM ASTERISCO deverão ser sempre feitas. As outras perguntas são feitas de acordo com a necessidade, dependendo da informação que você precise.

Diga ao entrevistado para usar qualquer número das respostas, não só os números que possuem uma descrição ao lado. Nem todas as respostas estão incluídas aqui; as respostas para as questões 1, 2, 3, 22, 33 e 34 não são fornecidas ao entrevistado, cabendo ao entrevistador escolher a resposta correta.

É melhor extrair uma explicação detalhada de como a característica se aplica ou não ao entrevistado. Peça ao entrevistado para discutir as respostas dele ou dela. Discuta o significado que ele ou ela deram àquele número. Por exemplo, porque ele (ela) chamou a característica "extrema" em vez de "moderada". Compare a avaliação dele (dela) com a sua própria impressão. Você não é obrigado(a) a usar o número do entrevistado como a avaliação final. Não conte para o entrevistado que resposta você selecionou.

REFERINDO-SE AO PROBLEMA DE APARÊNCIA DO ENTREVISTADO.

Começando com a pergunta 4, você pedirá ao entrevistado para refletir sobre o impacto do problema de aparência que ele ou ela referiu no começo da entrevista. Às vezes um problema único ou muito focal não responde por si só por toda a angústia de imagem do corpo. Em tais casos, o entrevistado poderia indicar ou isolar preocupações de aparência que de tal forma pareçam desajeitadas ou artificiais. Nestes casos, seria melhor recorrer a uma combinação de dois ou mais problemas de aparência ou a algum outro aspecto geral de aparência que melhor retrata os sentimentos do indivíduo. Por exemplo, referir sentir-se gordo é mais aceitável que descrever que possui coxas, nádegas, e braços gordos. Ou referir preocupações sobre a face em alguém que se queixa de problemas com o formato da boca e manchas na face. Apenas faça estas generalizações caso seja necessário. Caso contrário mantenha-se atento à reclamação inicial do entrevistado.

PONTUAÇÃO:

TOTAL DE PONTOS. O escore final é a soma das respostas para todos os itens exceto: 1 a 3, 22, 33, 34.

DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL. O procedimento seguinte é uma diretriz para usar o questionário de diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM-IV*).

CRITÉRIO A	Preocupação com um imaginado problema na aparência. Se uma anomalia física leve estiver presente, a preocupação da pessoa é notadamente excessiva.	
# 2	=	0 ou 1
# 9	=	4 ou mais alto
# 10 ou 11	=	4 ou mais alto
# 18	=	4 ou mais alto
# 19	=	4 ou mais alto
CRITÉRIO B	A preocupação causa angústia clinicamente significativa ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento.	
# 9	=	4 ou mais alto
# 10 ou 11	=	4 ou mais alto
# 13	=	4 ou mais alto
Todos os três anteriores ou: # 23, 24, 25, ou 26 = 4 ou mais alto		
CRITÉRIO C	A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental.	
# 34	=	Zero
OBS: A pontuação máxima do questionário corresponde a 168 pontos. Escores maiores que 66 já refletem certo grau de insatisfação com a aparência.		

QUESTIONÁRIO *BODY DYSMORPHIC DISORDER EXAMINATION (BDDE)*

1. DESCRIÇÃO DE PROBLEMA NA APARÊNCIA FÍSICA:

*** O que você não tem gostado na sua aparência no último mês?**

Instruções: O entrevistado deverá nomear uma característica física. Se o entrevistado reclamar de características do corpo inteiro ou grandes regiões, peça ao entrevistado para localizar a reclamação dele ou dela o máximo possível.

Peça ao entrevistado para descrever a característica que ele não gosta em detalhes. Embora você deva tomar nota de comentários de julgamento, como “isto é feio”, “este _____ é asqueroso”, entre outros, esteja seguro de pedir ao entrevistado que descreva sobre o que é a característica “feia” ou “asquerosa” em condições mais objetivas. Em alguns casos, isolar uma única reclamação não caracteriza a preocupação principal do entrevistado. Permita ao entrevistado referir uma combinação de características para uma área.

2. DEFEITO FÍSICO OBSERVÁVEL (SE POSSÍVEL, SOLICITAR QUE O ENTREVISTADO MOSTRE O PROBLEMA DE APARÊNCIA, A NÃO SER EM CASOS EM QUE ISTO SEJA MUITO CONSTRANGEDOR PARA ELE[A]).

Instruções: Informe a presença de um defeito observável.

0	Nenhum problema de aparência observável.
1	Problema informado é observável, embora não raro ou anormal (por exemplo, um nariz grande, sobrepeso moderado).
2	Problema informado definitivamente é anormal (por exemplo, perna amputada, cicatrizes de queimaduras, obesidade severa).
3	Nenhuma oportunidade para observar o problema.

3. RECLAMAÇÕES DE TRANSTORNO DELIRANTE SOMÁTICO OU SIMILAR

Instruções: Informe se a reclamação representa algo estritamente defeituoso.

0	Problema de aparência informado prejudica apenas a aparência.
1	O problema informado prejudica funções corpóreas
2	O problema assusta as pessoas.

4. PERCEPÇÃO DA ANORMALIDADE DO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Durante o último mês, até que ponto o sr(a) tem sentido que outras pessoas têm a mesma característica ou a mesma gravidade da característica que você descreveu acima?**

*** O quanto esta condição está presente em outras pessoas?**

0	Todo mundo tem a mesma característica.
1	
2	Muitas pessoas têm a mesma característica.
3	
4	Poucas pessoas têm a mesma característica.
5	
6	Ninguém mais tem a mesma característica.

5. CONFERINDO O PROBLEMA

*** Informe o número de vezes durante o último mês no qual você olhou atentamente o seu problema no espelho.**

0	0 vezes
1	1-3 vezes
2	4-7 vezes
3	8-11 vezes
4	12-16 vezes
5	17-21 vezes
6	22-28 dias vezes

6. DESCONTENTAMENTO COM PROBLEMA DE APARÊNCIA

* Durante o último mês, quanto incômodo seu (a) _____ tem causado?	
0	Nenhum incômodo.
1	
2	Incômodo leve.
3	
4	Incômodo médio.
5	
6	Incômodo grande.

7. DESCONTENTAMENTO COM A APARÊNCIA GERAL

* Durante o último mês, você tem se sentido incomodado com a sua aparência geral?	
0	Nenhum incômodo.
1	
2	Incômodo leve.
3	
4	Incômodo médio.
5	
6	Incômodo grande.

8. BUSCA DE CONFORTO

*** Durante o último mês, você procurou apoio com outras pessoas tentando ouvir que seu (a) _____ não é tão ruim ou anormal quanto você pensa que é?**

Instruções: Gradue o número de dias durante o último mês em que o entrevistado buscou conforto de outros sobre o problema de aparência dele/dela.

0	Nunca tentou se confortar.
2	4 -7 vezes/mês ou tentou se confortar uma ou duas vezes em cada semana.
3	8-11 vezes/mês.
4	12-16 vezes/mês ou tentou se confortar em metade dos dias.
5	17-21 vezes/mês.
6	22-28 vezes/ mês ou tentou se confortar diariamente ou quase diariamente.

9. PREOCUPAÇÃO COM O PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Com que frequência você pensa em seu problema e se sente triste, desestimulado ou chateado?**

0	Nunca fica chateado com o problema de aparência ou nunca pensa no problema de aparência.
1	1-3 vezes/mês.
2	4-7 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado uma ou duas vezes em cada semana.
3	8-11 vezes.
4	12-16 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado em metade dos dias da semana.
5	17-21 vezes.
6	22-28 vezes ou pensa nisto e se sente chateado diariamente ou quase diariamente.

10. PREOCUPAÇÃO COM O PROBLEMA DE APARÊNCIA EM SITUAÇÕES PÚBLICAS

*** Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu (a) _____ quando você estava em áreas públicas como lojas, supermercados, ruas, restaurantes, ou lugares onde havia principalmente pessoas que você não conhecia?**

0	Nenhuma preocupação.
1	
2	Leve preocupação.
3	
4	Média preocupação.
5	
6	Grande preocupação.

11. PREOCUPAÇÃO SOBRE O PROBLEMA DE APARÊNCIA EM SITUAÇÕES SOCIAIS

*** Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu problema quando estava em locais sociais com colegas de trabalho, conhecidos, amigos ou membros da família?**

0	Nenhuma preocupação.
1	
2	Leve preocupação.
3	
4	Média preocupação.
5	
6	Grande preocupação.

12. FREQUÊNCIA COM QUE O PROBLEMA DE APARÊNCIA É NOTADO POR OUTRAS PESSOAS

*** Durante o último mês, com que frequência você tem sentido que outras pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu(a) _____?**

0	Nunca aconteceu.
1	1-3 vezes/mês.
2	4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
3	8-11 vezes/mês.
4	12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
5	17-21 vezes/mês.
6	22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

13. ANGÚSTIA RELACIONADA AO PROBLEMA DE APARÊNCIA NOTADO POR OUTRAS PESSOAS

*** Quanto você ficou chateado quando sentiu que as pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu (a) _____?**

0	Não se sentiu chateado ou outras pessoas não notaram.
1	Sentiu-se ligeiramente chateado somente quando certas pessoas notaram.
2	Sentiu-se ligeiramente chateado quando qualquer um notou
3	Sentiu-se medianamente chateado quando certas pessoas notaram.
4	Sentiu-se medianamente chateado quando qualquer um que notou.
5	Sentiu-se enormemente chateado quando certas pessoas notaram
6	Sentiu-se enormemente chateado quando qualquer um notou.

14. FREQUÊNCIA RELACIONADA AO COMENTÁRIO DE OUTROS

*** Durante o último mês, com que frequência alguém fez tanto um comentário positivo quanto negativo sobre seu (a) _____?**

Instruções: Não inclua os comentários de avaliação que foram aparentemente solicitados pelo entrevistado.

0	Nunca aconteceu.
1	1 a 3 vezes/mês
2	4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes a cada semana.
3	8-11 vezes/mês
4	12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
5	17-21 vezes/mês
6	22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

15. ANGÚSTIA RELACIONADA AO COMENTÁRIO DE OUTROS

*** Quanto você ficou chateado quando alguém fez um comentário sobre seu (a) _____?**

0	Não ficou chateado ou outras pessoas não comentaram.
1	Sentiu-se ligeiramente chateado somente quando certas pessoas comentaram.
2	Sentiu-se ligeiramente chateado quando qualquer um comentou.
3	Sentiu-se medianamente chateado quando certas pessoas comentaram.
4	Sentiu-se medianamente chateado quando qualquer um comentou.
5	Sentiu-se enormemente chateado quando certas pessoas comentaram.
6	Sentiu-se enormemente chateado quando qualquer um comentou.

16. FREQUÊNCIA COM QUE FOI TRATADO DIFERENTEMENTE POR OUTROS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Durante o último mês, com que frequência você sentiu que outras pessoas o(a) trataram diferente ou de maneira que você não gostou por causa de seu (a) _____?**

0	Nunca aconteceu.
1	1-3 vezes/mês.
2	4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
3	8-11 vezes/mês.
4	12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
5	17-21 vezes/mês.
6	22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

17. ANGÚSTIA RELACIONADA AO TRATAMENTO DIFERENCIADO DAS OUTRAS PESSOAS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Quanto você ficou chateado quando as pessoas o(a) trataram diferente por causa de seu(a) _____?**

0	Não ficou chateado ou não houve nenhum tratamento diferencial.
1	Ligeiramente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
2	Ligeiramente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
3	Medianamente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
4	Medianamente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
5	Enormemente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
6	Enormemente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.

18. IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** O quanto a sua aparência é importante comparada a outros valores como personalidade, inteligência, habilidade no trabalho, relacionamento com outras pessoas e execução de outras atividades?**

0	Nenhuma importância.
1	
2	Pouca importância.
3	
4	Média importância.
5	
6	Grande importância.

19. AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Durante o último mês, você se criticou devido ao seu (a) _____)?**

0	Nenhuma crítica.
1	
2	Poucas críticas.
3	
4	Algumas críticas.
5	
6	Muitas críticas.

20. AVALIAÇÃO NEGATIVA FEITA POR OUTRAS PESSOAS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas o(a) criticaram por causa de seu(a) _____?**

0	Nenhuma crítica.
1	
2	Poucas críticas aconteceram.
3	
4	Algumas críticas aconteceram.
5	
6	Muitas críticas aconteceram.

21. PERCEPÇÃO DE ATRATIVIDADE FÍSICA

*** Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas te acharam atraente?**

0	Sim, me acharam atraente.
1	
2	Não, ligeiramente sem atrativos.
3	
4	Não, mediamente sem atrativos.
5	
6	Não, sem nenhum atrativo.

22. GRAU DE CONVICÇÃO DO PROBLEMA DE APARÊNCIA

Nota: Não faça esta pergunta se o entrevistado obteve pontuação 2 no item 2, isto é, tem uma anormalidade física definida que não é imaginada ou é exagerada.

*** Durante as últimas quatro semanas, você pensou alguma vez que seu (a) _____ poderia não ser tão ruim quanto você geralmente pensa ou que seu (a) _____ realmente não é anormal?**

Instruções: Determine se a pessoa pode reconhecer a possibilidade de que ele ou ela podem estar exagerando na extensão do defeito e que a preocupação é insensata ou sem sentido.

0	Perspicácia boa, completamente atento ao exagero e à insensibilidade, embora preocupado com o defeito.
1	Perspicácia regular. Pode admitir que a preocupação pode ser às vezes insensata ou sem sentido e que aquela aparência não é verdadeiramente defeituosa.
2	Perspicácia pobre. Firmemente convencido que o defeito é real e que a preocupação não é sem sentido.

23. AFASTAMENTO DE SITUAÇÕES PÚBLICAS

*** Durante o último mês, você evitou áreas públicas porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____ ? Você tem evitado ir a lojas, supermercados, ruas, restaurantes ou outras áreas onde haveria principalmente pessoas que você não conhecia? Com que frequência?**

0	Nenhum afastamento de situações públicas.
1	
2	Evitou pouco.
3	
4	Evitou com média frequência.
5	
6	Evitou muito.

24. AFASTAMENTO DE SITUAÇÕES SOCIAIS

*** Durante o último mês, você evitou trabalhar ou outras situações sociais com amigos, parentes, ou conhecidos porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____ ? Situações sociais podem incluir ir à escola, festas, reuniões familiares e etc. Com que frequência?**

0	Nenhum afastamento de situações sociais.
1	
2	Evitou pouco.
3	
4	Evitou com média frequência.
5	
6	Evitou muito.

25. AFASTAMENTO DE CONTATO FÍSICO

*** Durante o último mês, você tem evitado contato físico com outras pessoas por causa de seu (a) _____ ? Isto inclui relação sexual como também outro contato íntimo como abraçar, beijar, ou dançar?**

0	Nenhum afastamento de contato físico.
1	
2	Evitou pouco.
3	
4	Evitou com média frequência.
5	
6	Evitou muito.

26. AFASTAMENTO DE ATIVIDADE FÍSICA

*** Durante o último mês, você evitou atividades físicas como exercício ou recreação ao ar livre por causa de seu (a) _____?**

0	Nenhum afastamento de atividade física.
1	
2	Evitou pouco.
3	
4	Evitou com média frequência.
5	
6	Evitou muito.

27. ESCONDENDO O CORPO

*** Durante o último mês, você se vestiu de forma a esconder, encobrir, disfarçar e/ou desviar atenção de seu (a) _____ ?" Utilizou maquiagem ou mudou seu corte de cabelo de algum modo especial para tentar esconder ou disfarçar seu (a) _____?**

0	Nunca escondeu problema.
1	1-3 vezes/mês.
2	4-7 vezes/mês ou escondeu uma ou duas vezes em cada semana.
3	8-11 vezes/mês.
4	12-16 vezes/mês ou escondeu em metade dos dias.
5	17-21 vezes/mês.
6	22-28 dias vezes/mês ou escondeu diariamente ou quase diariamente.

28. ALTERANDO A POSTURA CORPORAL

*** Durante o último mês, você alterou seus movimentos corporais (como o modo de se levantar ou de se sentar, onde você põe suas mãos, como você caminha, que lado seu você mostra às pessoas) com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas do seu problema de aparência?**

Instruções: Informe o número de dias durante o último mês no qual você alterou sua postura/ movimentos corporais com a intenção de esconder seu problema.

0	Nenhuma alteração de postura ou movimentos corporais.
1	1-3 vezes/mês.
2	4-7 vezes/mês ou escondeu uma ou duas alterações em cada semana.
3	8-11 vezes/mês.
4	12-16 vezes/mês ou alteração em cerca de metade dos dias.
5	17-21 vezes/mês.
6	22-28 vezes/mês ou alteração de postura ou movimentos corporais diariamente ou quase diariamente.

29. INIBIÇÃO DO CONTATO FÍSICO

*** Durante o último mês, você evitou contato físico com outras pessoas com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas dele?” Por exemplo, você impediu outras pessoas de tocarem certas partes de seu corpo? Ou inibiu sua postura durante ato sexual ou outro contato físico íntimo como abraçar, beijar ou dançar?**

Instruções: Quantifique a frequência com que o entrevistado alterou postura ou movimentos corporais na tentativa de esconder seu problema de aparência durante situações de contato físico.

0	Nunca inibiu o contato físico.
1	
2	Inibiu em menos da metade das ocasiões de contato físico.
3	
4	Inibiu em torno de metade das ocasiões de contato físico.
5	
6	Inibiu em todas ou quase todas as vezes que teve contato físico.

30. EVITANDO OLHAR PARA O CORPO

*** Durante o último mês, você tem evitado olhar para seu corpo, particularmente para o seu (a) _____ para controlar sentimentos sobre sua aparência? Isto inclui evitar olhar para você, vestido ou sem roupas, diretamente ou em espelhos.**

Instruções: Quantifique o número de dias durante o último mês em que a pessoa evitou olhar para o problema com a intenção de controlar sentimentos sobre sua aparência.

0	Nenhuma inibição de olhar para corpo.
1	1-3 vezes/mês.
2	4-7 vezes/mês ou evitou uma ou duas vezes em cada semana.
3	8-11 vezes/mês.
4	12-16 vezes/mês ou evitou em metade dos dias.
5	17-21 vezes/mês.
6	22-28 vezes/mês ou evitou olhar para corpo diariamente ou quase diariamente.

31. EVITANDO QUE OUTRAS PESSOAS OLHEM PARA O SEU CORPO

*** Durante o último mês, você tem evitado que outras pessoas vejam seu corpo sem roupas porque se sente incomodado com a sua aparência? Isto inclui não deixar seu cônjuge, parceiro, companheiro de quarto ou outras pessoas o (a) vejam sem roupas.**

0	Nenhuma inibição de que outros o vejam com o corpo despido devido ao problema.
1	
2	Evitou pouco.
3	
4	Evitou com média frequência.
5	
6	Evitou muito.

32. COMPARAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS

*** Durante as últimas quatro semanas, você comparou seu(a) _____ com a aparência de outras pessoas ao redor de você ou de revistas ou televisão?**

0	Nenhuma comparação com outras pessoas.
1	1-3 vezes/mês.
2	4-7 vezes/mês ou uma ou duas comparações em cada semana.
3	8-11 vezes/mês
4	12-16 vezes/mês ou comparações em metade dos dias.
5	17-21 vezes/mês
6	22-28 vezes/mês ou comparações diárias ou quase diárias.

33. ESTRATÉGIAS DE EMBELEZAMENTO

*** O que você tem feito para tentar mudar (reduzir, eliminar, corrigir) seu (a) _____ na tentativa de melhorar sua aparência?**

Instruções: Determine todos os recursos que a pessoa usou para tentar alterar o problema de aparência. Uma prótese só deve ser considerada se a motivação para usá-la for melhorar a aparência. Considere estratégias usadas em qualquer momento (em vez de só nas últimas quatro semanas). Não considere estratégias empregadas para preocupações de aparência que são completamente sem conexão ao defeito presente ou que já foram completamente resolvidos. Por exemplo, não considere cirurgia estética para problema de nariz se a preocupação atual da pessoa for o quadril. Porém, uma história de lipoescultura para as coxas poderia ser considerada se a reclamação atual for quadris largos/culote.

Marque até três alternativas.

0	Nenhuma estratégia ou tentativa para alterar o problema de aparência.
1	Redução de peso através de dieta.
2	Redução de peso através de exercícios.
3	Redução de peso através de cirurgia (por exemplo, gastroplastia).
4	Cirurgia estética para eliminação gordura (por exemplo, lipoescultura).
5	Outra cirurgia estética (por exemplo, mastoplastia, rinoplastia, reversão de cicatriz).
6	Tratamentos tópicos (por exemplo, para condições de pele ou calvície).
7	Prótese (por exemplo, perna artificial ou prótese de silicone para melhorar a aparência).
8	Outro (especifique) _____.

34. PROBLEMA DE APARÊNCIA NÃO CONSIDERADO POR OUTRA DESORDEM

Instruções: Determine se a reclamação está mais bem relacionada à outra desordem (por exemplo, desordem alimentar, desordem de identidade de gênero, desordem compulsiva obsessiva). Se as reclamações da aparência forem relacionadas ao tamanho ou forma do corpo, faça um exame separado para sintomas de desordens alimentares. Este questionário não é apropriado se a anorexia ou bulimia estão presentes e se não há outra reclamação diferente de peso.

0	A preocupação é restrita à aparência em vez de outras obsessões ou compulsões ou comportamento relacionado a fobias; preocupação não relacionada a uma manifestação de uma desordem alimentar ou desordem de identidade de gênero.
1	Preocupação melhor considerada por outra desordem.

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

Cash TF, Pruzinsky T. Body image. A handbook of theory, research & clinical practice. New York (USA): Guilford Press; 2004.

Crerand CE, Sarwer DB , Magee L, Gibbons LM, Lowe MR, Bartlett SP, et al. Rate of body dysmorphic disorder among patients seeking facial cosmetic procedures. Psych Annals. 2004;34(12):958-65.

Halicarnaso H. Los nueve libros de la historia de Heródoto - Libro VI. Tradução para a língua espanhola de P. Bartolomé Pou, S. J. 2006. E BooksBrasil - Wikisource. Disponível em:
<http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/nuevelibros.html>.

Hoepner L, Kollert AMC, Weber A. Langenscheidt: Taschenwörterbuch Portugiesisch - Deutsch. Berlin und München: Langenscheidt KG. 2001.

Houaiss A. Dicionário Eletrônico Houaiss. Versão Monousuário 2009. São Paulo: Objetiva; 2009.

Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica. São Paulo: Atheneu; 2005.

Machado JP. Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa (1952) - Vol II. 5ª ed. Lisboa (PR): Horizonte; 2003.

Neziroglu F. 1998. Body Dysmorphic Disorder: a Common But Underdiagnosed Clinical Entity. Psych Times. 1998 Jan;XV(1).

Organização mundial da saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da Classificação Internacional de Doenças CID-10. 10ª ed. Porto Alegre (BR): Artes Médicas; 1998.

Philippopoulos GS. The analysis of a case of dysmorphophobia. Can J Psychiatry. 1979 Aug;24(5):397-401.

Phillips KA, Gunderson C, Gruber U, Castle D. Delusions of body malodour: the olfactory reference syndrome. In: Brewer W, Castle D, Pantelis C. Olfaction and the brain. Cambridge University Press; 2006.

Phillips KA. Understanding body dysmorphic disorder. An essential guide. Oxford University Press; 2009.

Stekel, W. Compulsion and doubt (vol 2). Londres: Peter Nevill; 1950.

Tufts University. Perseus Digital Library - Latin Word Study Tool [online], 2011. Available from URL:

<http://www.perseus.tufts.edu/hopper/morph?l=foedo&la=la&prior=con>.

Uzun O, Başoğlu C, Akar A, Cansever A, Ozşahin A, Cetin M, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compr Psychiatry*. 2003 Sep-Oct;44(5):415-9.

Vargel S, Uluşahin A. Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plast Surg*. 2001 Nov-Dec;25(6):474-8.

Veale D, Neziroglu F. *Body Dysmorphic Disorder. A Treatment Manual*. West Suissx (UK): Wiley-Blackwell; 2010.