

EDUARDO RODRIGUES SUCUPIRA PINTO

**TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL E TRAÇOS
DE PERSONALIDADE EM MULHERES SUBMETIDAS
À MAMOPLASTIA DE AUMENTO.**

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

SÃO PAULO

2019

EDUARDO RODRIGUES SUCUPIRA PINTO

**TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL E TRAÇOS
DE PERSONALIDADE EM MULHERES SUBMETIDAS
À MAMOPLASTIA DE AUMENTO.**

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. LYDIA MASA KO FERREIRA

Coorientadores: Prof^ª. MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO

Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO

SÃO PAULO

2019

Pinto, Eduardo Rodrigues Sucupira

Transtorno dismórfico corporal e traços de personalidade em mulheres submetidas à mamoplastia de aumento / Eduardo Rodrigues Sucupira Pinto. – São Paulo, 2019.

XIX, 176f.

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

Título em inglês: Body dysmorphic disorder and personality traits in women undergoing breast augmentation.

1. Transtornos dismórficos corporais. 2. Personalidade. 3. Mamoplastia. 4. Imagem corporal. 5. Cirurgia plástica.



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



Coordenação: Prof^ª. Dr^ª. Lydia Masako Ferreira

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Lydia Masako Ferreira

COORIENTADORES: Prof^ª. Maria José Azevedo de Brito

Prof. Dr. Miguel Sabino Neto

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais,
Luiza e Valdir (*in memorian*), por todo o seu amor,
segurança e dedicação sem limites, meu verdadeiro esteio.

Ao meu mais que amado filho, Pedro,
por me oferecer a lição mais importante da vida, o amor incondicional.

À minha amada Patricia.

AGRADECIMENTOS

À PROFESSORA DOUTORA **LYDIA MASAKO FERREIRA**, PROFESSORA TITULAR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA, PESQUISADORA CNPQ 1A, COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL E COORDENADORA DO SETOR DE FACE E DO SETOR DE PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP/EPM), minha orientadora, a minha profunda admiração e gratidão eterna pela oportunidade e confiança, pelo estímulo à formação científica e pesquisa, pelos exemplos de ética e profissionalismo.

Ao PROFESSOR DOUTOR **MIGUEL SABINO NETO**, PROFESSOR ASSOCIADO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA, COORDENADOR DO SETOR DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA UNIFESP/EPM, meu coorientador, toda a minha enorme admiração e gratidão pelas horas a mim dispensadas, por toda a sua orientação, disponibilidade, e acima de tudo, por sua confiança, em todos os estudos realizados nesse Programa.

À PROFESSORA **MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO**, PROFESSORA ORIENTADORA DO MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ (UNIVÁS) E COLABORADORA DO PROGRAMA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP), minha coorientadora neste estudo, pelo carinho e amizade, paciência e confiança, pela imensa colaboração e conhecimentos compartilhados.

Ao PROFESSOR **JUAN CARLOS MONTANO PEDROSO**, PROFESSOR ADJUNTO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E COORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL (UNIFESP/EPM), pela atenção e disponibilidade, por contribuir com minha formação acadêmica.

À PROFESSORA **DANIELA FRANCESCATTO VEIGA**, PROFESSORA ASSOCIADA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E COORDENADORA DA CASA DA PLÁSTICA, pelo incentivo e apoio.

Ao PROFESSOR **ELVIO BUENO GARCIA**, PROFESSOR ADJUNTO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E COORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL (UNIFESP/EPM), por sua dedicação à pesquisa e à ciência, pelo auxílio e presteza.

Aos **PROFESSORES** da Disciplina de Cirurgia Plástica e do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional (UNIFESP/EPM), por todos os seus ensinamentos.

À querida e diletta amiga **MÁRCIA REGINA ALVES**, cirurgiã plástica e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional (UNIFESP/EPM) pelas ideias e incentivo na realização deste estudo.

Ao amigo **SIDNEY CARTAXO**, cirurgião plástico por toda a amizade, apoio e incentivo.

Aos demais **AMIGOS E COLEGAS DO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM CIRURGIA PLÁSTICA** da UNIFESP/EPM, pelas dicas, comentários, sugestões e críticas.

Às **CIRURGIÃS PLÁSTICAS ALICE LEITE E ELISA AIHARA**, por todo o apoio e auxílio no processo de coleta de dados para a realização deste trabalho.

À amiga **ANDREIA DO CARMO**, bibliotecária da **BIBLIOTECA CENTRAL DA UNIFESP/EPM**, por todo o seu profissionalismo, paciência, interesse, gentileza, responsabilidade, disponibilidade, carinho, inspiração e insubstituível colaboração durante todo o estudo.

À **SANDRA DA SILVA, MARTA REJANE DOS REIS DA SILVA E SILVANA APARECIDA DE ASSIS**, secretárias da Disciplina de Cirurgia Plástica (UNIFESP/EPM), pela gentileza no atendimento, presteza nas comunicações importantes e pelo carinho que sempre dispensaram a mim.

Aos **RESIDENTES CAMILO CAÑAS, HAILEEN ESPITIA, KAREN CARPIO EX-RESIDENTES DA ESCOLA CARLOS CHAGAS**, pela confiança, disposição e participação em vários momentos.

Às amigas e colaboradoras **CARLA ARRUDA DO NASCIMENTO E VANEZA ARRUDA DO NASCIMENTO**, por toda a paciência, dedicação e incentivo.

Aos **FUNCIONÁRIOS DO AMBULATÓRIO DO SETOR DE MAMA EPM/UNIFESP**, pela receptividade e colaboração.

Aos **PACIENTES DA EPM/UNIFESP** pela disponibilidade e gentileza em responder aos questionários e sempre impulsionar-nos com suas dúvidas a oferecer um tratamento global e aprimorado e, sobretudo, pela confiança em sua entrega.

Aos meus queridos irmão e cunhada, **RICARDO SUCUPIRA E ANDREA GARONI**, pelo apoio sentimental, moral e logístico em São Paulo.

Aos meus grandes amigos, **RODRIGO SIMONETTI E MARIA EDUARDA PENIDO**, pelo apoio moral e logístico em São Paulo.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente na realização desse estudo, o meu sincero obrigado.

“Ex nihilo nihil fit”

(Nada vem do nada - *Provérbio latino de autor desconhecido*)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
LISTA DE FIGURAS	XI
LISTA DE TABELAS	XII
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	XIV
RESUMO	XVIII
ABSTRACT.....	XIX
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	10
3 LITERATURA	12
4 MÉTODO.....	51
5 RESULTADOS.....	64
6 DISCUSSÃO	88
7 CONCLUSÃO	117
8 REFERÊNCIAS	119
FONTES CONSULTADAS	137
NORMAS ADOTADAS	139
APÊNDICES.....	141
ANEXOS.....	171

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Medidas lineares realizadas a partir da papila mamária.	54
Figura 2 – Média e respectivo intervalo de Confiança de 95% para Conscienciosidade (IGFP-5) por instantes de avaliação.	68
Figura 3 – Média e respectivo intervalo de Confiança de 95% para sintomas de TDC (BDSS-UNIFESP/EPM) por instantes de avaliação.	69
Figura 4 – Porcentagem de TDC (SCID-I) e respectivo intervalo de Confiança de 95% por instantes de avaliação.	69
Figura 5 – Média e respectivo intervalo de confiança de 95% para Conscienciosidade (IGFP-5) por raça e momentos de avaliação.	71
Figura 6 – Média e respectivo intervalo de confiança de 95% para Extroversão (IGFP-5) por escolaridade e momentos de avaliação.	73
Figura 7 – Porcentagem de TDC e respectivo intervalo de confiança de 95% por escolaridade e momentos de avaliação.	73
Figura 8 – Média e respectivo intervalo de confiança de 95% para sintomas de TDC (BDSS-UNIFESP/EPM) por camuflagem e momentos de avaliação.	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características do estudo piloto	56
Tabela 2 – Distribuição das pacientes por características demográficas e clínicas no pré-operatório.....	60
Tabela 3 – Tempo gasto com a aparência e uso de camuflagem em frequência absoluta e relativa, e média do número de partes do corpo que causavam incômodo, segundo momentos de avaliação.....	65
Tabela 4 – Distribuição das pacientes por TDC (SCID-I), tempo gasto (horas) com a imagem, camuflagem e partes do corpo que causavam incômodo, segundo momentos de avaliação	66
Tabela 5 – Medidas-Resumo de IGFP-5 e BDSS-UNIFESP-EPM	67
Tabela 6 – Escores de IGFP-5, BDSS-UNIFESP/EPM e SCID-I por momentos de avaliação.....	68
Tabela 7 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para Abertura (IGFP-5).....	78
Tabela 8 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para Conscienciosidade (IGFP-5).....	80
Tabela 9 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para Amabilidade (IGFP-5).....	81

Tabela 10 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para Neuroticismo (IGFP-5).....	82
Tabela 11 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para Extroversão (IGFP-5)	83
Tabela 12 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para sintomas de TDC (BDSS-UNIFESP/EPM).....	85
Tabela 13 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para TDC (SCID-I).....	86

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

A	Alpha de Cronbach
ANOVA	Análise de variância
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ASAPS	<i>American Society for Aesthetic Plastic Surgery</i>
ASPS	<i>American Society of Plastic Surgeons</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BABS	<i>Brown Assessment of Beliefs Scale</i>
BAS	<i>Body Appreciation Scale</i>
BAS	<i>Bodily Attitudes Scale</i>
BCS	<i>Body Cathexis Scale</i>
BDD-YBOCS	<i>Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder</i>
BDSS	<i>Body Dysmorphic Symptom Scale</i>
BDSS- UNIFESP/EPM	Escala de Sintomas da Dismorfia Corporal-UNIFESP/EPM
BDDQ	<i>Body Dysmorphic Disorder Questionnaire</i>
BFI	<i>Big Five Inventory</i>
10-Item BFI	<i>Big Five Inventory-10</i>
BFP-10	<i>10 - Item Big Five Personality</i>
BFQ-15	15 - Item Big Five Questionnaire
BDD Form	<i>Body Dysmorphic Disorder</i>
BIS/BAS	<i>Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation System Scale: Subscale BIS</i>
CID10	Classificação Internacional de Doenças

CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CDI	<i>Children's Depression Inventory</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGF	Cinco Grandes Fatores
λ^2 de Guttman	Coeficiente de fidedignidade
DCQ	<i>Dysmorphic Concern Questionnaire</i>
DSM-III	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-III-R	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 3ª edição revisada
DSM-IV- TR™	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição revisada
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
DP	Desvio padrão
EUA	Estados Unidos da América
EDS-5	<i>Eating Disturbance Scale</i>
EDI-P	<i>Eating Disorder Inventory: Subscale Perfectionism</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
GEE	Equações de Estimação Generalizadas
HA	<i>Harm Avoidance Scale</i>
HDRS	<i>Hamilton Depression Rating Scales</i>
HRQL	<i>Health-Related Quality of Life</i>
HSPP-A	<i>Harter Self-Perception Profile for Adolescent</i>
HSSS	<i>Harter Social Support Scale</i>
HSCL-5	<i>Hopkins Symptom Check List</i>
HSP	Hospital São Paulo
HSPS-AES	<i>Highly Sensitive Person Scale: Subscale Aesthetic Sensitivity</i>

ISAPS	<i>International Society of Aesthetic Plastic Surgery</i>
IGFP-5	<i>Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade</i>
IMC	<i>Índice de Massa Corporal</i>
LIFE-RIFT	<i>Range of Impaired Functioning Tool</i>
MINIPLUS 5.0	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview Plus 5.0</i>
MINI	<i>Mini-International Neuropsychiatric Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)</i>
MBSRQ	<i>Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire</i>
MLSSS	<i>McArthur Ladder of Subjective Social Status</i>
NEO-FFI	<i>60-item Neo Five Factor Inventory</i>
NEO PI-R	<i>240-item NEO Personality Inventory, Revised</i>
NOSE	<i>Nasal Obstruction Symptom Evaluation Scale</i>
OCEAN	<i>Openness to Experience, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness e Neuroticism</i>
QLES-Q	<i>Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire</i>
PFRS	<i>Photographic Figure Rating Scale</i>
RSE	<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>
SCID-I	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i>
SCID-I/P	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition</i>
SCID-II	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders</i>
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form</i>
SAS-SR	<i>Adjustment Scale-Self-Report</i>
SAS-SR	<i>Social Adjustment Scale Self-Report</i>
SAS	<i>Social Anxiety Scale</i>
SOFAS	<i>Social and Occupational Functioning Assessment Scale</i>

STAY	<i>State-Trait Anxiety Inventory, Y Form</i>
STAXI	<i>State-Trait Anger Expression Inventory</i>
SLCS	<i>Self-Liking and Competence Scale</i>
SCL-90-R	<i>Global Severity Index (GSI) —Symptom Checklist-90-Revised</i>
TCI	<i>Temperament and Character Inventory</i>
TCLE	Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido
toda	<i>100 – Item Trait Descriptive Adjectives</i>
TDC	Transtorno Dismórfico Corporal
TIPI	<i>10-Item Personality Inventory</i>
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TPQ	<i>Tridimensional Personality Questionnaire</i>
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UCL	<i>Utrecht Coping List</i>
UNIFESP/EPM	Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina
WHOQOL-BREF	<i>World-Health-Organization Quality of Life-Short Form</i>
YACCL	<i>Young Adult Behaviour Checklist</i>
YASR	<i>Young Adult Self-Report</i>
YSR	<i>Youth Self-Report</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STATA 12	STaTCorp, College Station, Texas, USA

RESUMO

Introdução: A mamoplastia de aumento é um das cirurgias plásticas mais realizadas no mundo. Traços de personalidade indicam a presença de fatores psicológicos e sociais que, em conjunto, podem ser fatores de risco para o transtorno dismórfico corporal (TDC). **Objetivo:** Identificar o TDC e traços de personalidade em mulheres submetidas à mamoplastia de aumento. **Método:** Foram incluídas 36 mulheres com hipomastia (índice de Sachini < 9 cm), média de idade de 28,1 anos (DP=6,2), IMC $\leq 25\text{Kg/m}^2$, sem procedimentos cirúrgicos prévios nas mamas, ou patologias associadas, entre março de 2016 e maio de 2017. Foi realizada uma entrevista clínica de diagnóstico (SCID-I) e foram aplicados os instrumentos Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade (IGFP-5) e Escala de Sintomas da Dismorfia Corporal – UNIFESP/EPM (BDSS-UNIFESP/EPM) no pré-operatório e após dois e quatro meses da mamoplastia. **Resultados:** A prevalência do TDC no pré-operatório foi de 69,4% e após os quatro meses diminuiu para 25%. Os sintomas nucleares do TDC potencializaram traços de personalidade. Observaram-se diferenças no traço Conscienciosidade (IGFP-5) ($p < 0,001$), sintomas de TDC (BDSS) ($p < 0,001$) e diagnóstico de TDC (SCID-I) ($p < 0,001$) ao longo do tempo. **Conclusão:** A mamoplastia de aumento diminuiu o TDC, o comprometimento psicossocial e o traço Conscienciosidade.

ABSTRACT

Introduction: The breast augmentation is one of the most performed aesthetic procedures in the world. Personality traits indicate the presence of psychological and social factors that together influence the experience of a plastic surgery procedure and may be risk factors for body dysmorphic disorder (BDD). **Objective:** To identify the BDD and personality traits in women submitted to breast augmentation. **Methods:** Thirty-six women with hypomasty (Sachini index <9 cm), mean age of 28.1 years (SD=6.2), BMI ≤ 25 Km / m², without previous surgical procedures in the breasts, or associated pathologies, were included between March 2016 and May 2017. The Structured Clinical Interview (SCID-I), Big Five Inventory (IGFP-5), and Body Dysmorphic Symptoms Scale (BDSS) were applied preoperatively and after two and four months of mammoplasty. **Results:** The prevalence of preoperative BDD was 69.4% and after four months it decreased to 25%. BDD symptoms potentiated personality traits. Differences were observed for conscientiousness ($p < 0.001$), BDD symptoms (BDSS) ($p < 0.001$) and BDD diagnosis (SCID-I) ($p < 0.001$) over time. **Conclusion:** Augmentation mammoplasty decreased BDD, psychosocial impairment and conscientiousness.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Cirurgia Plástica é a especialidade que se preocupa amplamente, mas não exclusivamente, com a reparação da superfície corporal. Tem a finalidade de alterar a forma de estruturas do corpo com o objetivo de melhorar a sua função, a aparência física, a imagem corporal e a autoestima (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004; ALVES *et al.*, 2005; DA SILVA *et al.*, 2007; SABINO NETO *et al.*, 2007, 2008; DAVANCO *et al.*, 2009; ABLA *et al.*, 2010; DE BRITO *et al.*, 2010; DE AQUINO, HADDAD, FERREIRA, 2013; GUIMARAES *et al.*, 2015).

É uma especialidade que corrige alterações fisiológicas, como o envelhecimento, alterações pós gravídicas, ou deformações da forma do corpo que não configuram doença mas que, em determinado perfil de pacientes pode causar alterações psicológicas (DE BRITO *et al.*, 2012; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2016a, 2016b).

Dentre os procedimentos em cirurgia plástica, as cirurgias das mamas figuram entre as mais realizadas, particularmente as cirurgias estéticas das mamas - as mamoplastias (JAVO & SORLIE, 2010a; PENAUD & DE MORTILLET, 2013; VEIGA & FERREIRA, 2018). De acordo com a *American Society for Aesthetic Plastic Surgery* (ASAPS), em 2018 foram realizadas, nos Estados Unidos da América (EUA), 329.914 mamoplastias, correspondendo a um aumento de 15,2% das cirurgias plásticas da mama de caráter não reconstrutivo quando comparado ao ano de 2014 (ASAPS). Além disso, a mamoplastia de aumento foi o procedimento mais realizado em 2018, na faixa etária entre 18 e 34 anos, naquele país (ASAPS).

Segundo a *American Society of Plastic Surgeons* (ASPS), a mamoplastia de aumento com implantes é a cirurgia estética mais realizada nos EUA, com 313 mil procedimentos realizados em 2018, um aumento de 4% em relação ao ano de 2017 (ASPS). O Brasil ficou atrás apenas dos EUA em número de cirurgias plásticas estéticas das mamas realizadas em 2017. Foram 472.890 procedimentos, correspondendo a 14,6% do total mundial, segundo dados da *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS). Dentre os procedimentos realizados em 2017, a mamoplastia de aumento foi o mais realizado, com 1.469.606 cirurgias, representando 15,6% do total dos procedimentos realizados no mundo (ISAPS). Esses resultados mostram por um lado a aceitação social da cirurgia plástica e, por outro, o quanto essa cirurgia tem sido associada a padrões estéticos e culturais de beleza (SHIPLEY, O'DONNELL, BADER, 1977; BEALE, LISPER, PALM, 1980; GOETZ *et al.*, 2008; ZUCKERMAN & ABRAHAM, 2008; GUIMARAES *et al.*, 2015; VEIGA & FERREIRA, 2018).

As mamas têm sido reconhecidas através dos tempos e em diferentes culturas como símbolo de feminilidade, sexualidade e maternidade com grande importância para a integridade física e psicológica das mulheres (LOSKEN, 1990; SOLVI *et al.*, 2010; MCCARTHY *et al.*, 2012; NETO *et al.*, 2012; GUIMARAES *et al.*, 2015). O reconhecimento dessa importância faz com que a percepção das distorções de tamanho e forma sejam consideradas anomalias mamárias, com amplo efeito deletério, tanto na esfera física, quanto emocional feminina (GUIMARAES *et al.*, 2015; FONSECA *et al.*, 2018). Por outro lado, a sociedade, ao superestimar a mama feminina como símbolo de feminilidade, sexualidade e erotismo, e ao mesmo tempo promulgar padrões irrealistas, encoraja as mulheres a

avaliar o seu valor pela aparência das mamas (KOFF & BENAVAL, 1998; GOETZ *et al.*, 2008; VEIGA & FERREIRA, 2018).

Mulheres com pequeno volume mamário, e que procuram a mamoplastia de aumento, apresentam insatisfação com a imagem corporal, grande investimento na aparência pela baixa percepção da própria atratividade, ansiedade em relação à sexualidade e desejo de se sentirem mais confiantes e femininas nas relações sociais e afetivas (SHIPLEY *et al.*, 1977; BIRTCHNELL & LACEY, 1988; BIRTCHNELL, WHITFIELD, LACEY, 1990; SARWER *et al.*, 2003; CRERAND, INFELD, SARWER, 2009; SOLVI *et al.*, 2010; MCCARTHY *et al.*, 2012; GUIMARAES *et al.*, 2015).

O baixo nível educacional, a aceitação social da cirurgia plástica e a avaliação negativa da aparência foram referidas por JAVO & SORLIE (2010a), como variáveis principais para o interesse por procedimentos cirúrgicos de uma forma geral. Apontaram ainda como preditores a preocupação e investimento psicológico com a aparência, o transtorno dismórfico corporal (TDC) e o histórico de *teasing* e de gestações. Segundo os mesmos autores, mulheres interessadas em mamoplastia de aumento apresentavam fatores psicológicos mais complexos, associados ao seu interesse pela cirurgia plástica, quando comparadas aos grupos que procuravam a abdominoplastia, lipoaspiração e rinoplastia (JAVO & SORLIE, 2010a). Num outro estudo, os mesmos autores referiram também que, a busca pela cirurgia plástica mostrou-se positivamente associada ao TDC, preocupação com a imagem corporal, gestações, histórico de *teasing* com a aparência e aceitação social da cirurgia plástica (JAVO & SORLIE, 2010b), resultado que foi semelhante ao referido por mais autores (SARWER *et al.*, 2003; SARWER, 2007; DE BRITO *et al.*, 2016b). Traços

de personalidade, insegurança interpessoal, baixa autoestima, insatisfação com a imagem corporal e vida sexual, percepção da atratividade associada à magreza e estreita relação com transtornos alimentares, pobreza nos vínculos afetivos e sociais e baixo nível de atividade física foram também relacionados como fatores psicossociais que motivaram a busca pela cirurgia plástica (NAPOLEON, 1993; SIMIS, VERHULST, KOOT, 2001; PAVAN *et al.*, 2006; MALICK, HOWARD, KOO, 2008; PECORARI *et al.*, 2010; NIKOLIC *et al.*, 2013; GOLSHANI *et al.*, 2016).

Na mesma linha de pensamento, estudos mostraram que a procura pela mamoplastia de aumento pode ser um potencial marcador para a psicopatologia, notadamente o TDC (CRERAND, INFELD, SARWER, 2007; SARWER, 2007; JAVO & SORLIE, 2010a; KALAAJI *et al.*, 2013), sugerindo a necessidade de estreita colaboração interdisciplinar entre cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras (MCGRATH, 2007; SPYROPOULOU & KONSTANTOPOULOU, 2011). Entre 3 e 15% de mulheres candidatas à mamoplastia de aumento preencheram critérios para TDC (CRERAND *et al.*, 2007; SARWER, 2007; VEIGA & FERREIRA, 2018).

Mulheres com implantes mamários fizeram mais psicoterapia, mais tratamentos com psicofármacos e tiveram mais internações psiquiátricas do que mulheres da população geral, ou candidatas a outras cirurgias estéticas (SARWER *et al.*, 2003; CRERAND *et al.*, 2007; DIDIE & PHILLIPS, 2007; LIPWORTH *et al.*, 2007; LIPWORTH & MCLAUGHLIN, 2010; VEIGA & FERREIRA, 2018). JACOBSEN *et al.* (2004) observaram também, entre candidatas a cirurgias estéticas, uma maior prevalência de tratamento psiquiátrico prévio naquelas que desejavam a mamoplastia de aumento com implantes do que entre as candidatas à redução mamária ou

outras cirurgias estéticas. Isso levou outros autores à recomendação de indicar a avaliação psicológica pré-operatória para pacientes que desejavam submeter-se a essa intervenção cirúrgica (MCLAUGHLIN, 2003; MCLAUGHLIN, LIPWORTH, TARONE, 2003; SARWER *et al.*, 2003; BRINTON *et al.*, 2006; MCGRATH, 2007; ROHRICH, ADAMS, POTTER, 2007; KLASSEN *et al.*, 2009; LIPWORTH *et al.*, 2009; SOLVI *et al.*, 2010; VEIGA & FERREIRA, 2018).

Entretanto, considerando a satisfação com o resultado, a literatura sobre a efetividade da mamoplastia de aumento é controversa. Enquanto alguns estudos apontaram para pacientes com grande satisfação com os resultados cirúrgicos pela melhoria da autoestima, da sexualidade, do alívio psicológico e, conseqüente, aumento da qualidade de vida (SARWER, 2007; FIGUEROA-HAAS, 2009; ABLA *et al.*, 2010; NETO *et al.*, 2012; SAARINIEMI *et al.*, 2012; KALAAJI *et al.*, 2013; PENAUD & DE MORTILLET, 2013; SWANSON, 2013; ALDERMAN *et al.*, 2014; GUIMARAES *et al.*, 2015; ALDERMAN, PUSIC, MURPHY, 2016; CHAO, GARZA, POVOSKI, 2016), outros autores observaram que os benefícios psicológicos eram pequenos (CRERAND *et al.*, 2009). Uma minoria sofria de excessiva insatisfação consistente com o diagnóstico de TDC, e podia estar contraindicada a mamoplastia de aumento (SARWER, 2007; CRERAND *et al.*, 2009). De acordo com alguns autores, seria importante considerar o TDC como fator de risco para suicídio entre mulheres que se submetiam à mamoplastia de aumento com implantes (WALDEN, THOMPSON, WELLS, 1997; BRINTON *et al.*, 2000; KOOT *et al.*, 2003; PUKKALA *et al.*, 2003; SARWER *et al.*, 2003; JACOBSEN *et al.*, 2004; MCLAUGHLIN, WISE, LIPWORTH, 2004; VILLENEUVE *et al.*, 2006; SARWER, BROWN, EVANS, 2007; VEIGA & FERREIRA,

2018). Contudo, é um desafio, uma vez que muitas mulheres com TDC não relatam os sintomas e o TDC muitas vezes não é diagnosticado e adequadamente tratado no pré-operatório (KLESMER, 2003; DE BRITO *et al.*, 2015b, 2016b; VEIGA & FERREIRA, 2018).

Não obstante, limitações metodológicas dos estudos, que investigaram características psicossociais em mulheres que buscavam a mamoplastia de aumento, impedem evidências e conclusões sobre aspectos psicológicos dessa população (SARWER *et al.*, 2003 e 2007; CRERAND *et al.*, 2009). Sete estudos epidemiológicos identificaram uma relação entre os implantes mamários e suicídio, assinalando que, as taxas de suicídio entre mulheres com implantes mamários, seriam duas a três vezes a taxa esperada na população geral (KJOLLER *et al.*, 2003; KOOT *et al.*, 2003; PUKKALA *et al.*, 2003; MCLAUGHLIN *et al.*, 2004; BRINTON *et al.*, 2006; VILLENEUVE *et al.*, 2006; LIPWORTH *et al.*, 2007; ROHRICH *et al.*, 2007; SARWER, 2007; SARWER *et al.*, 2007; CRERAND *et al.*, 2009; LIPWORTH *et al.*, 2009; LIPWORTH & MCLAUGHLIN, 2010; SPYROPOULOU & KONSTANTOPOULOU, 2011; BOULTON & MALACRIDA, 2012), acentuando assim a importância de triagem psicológica e gestão de pacientes que buscam esse procedimento cirúrgico (SARWER, 2007; CRERAND *et al.*, 2009; FIGUEROA-HAAS, 2009; DIAZ, 2017). Por outro lado, a ausência de respostas sobre a etiologia para interpretar essa associação seria uma séria limitação na pesquisa (SPYROPOULOU & KONSTANTOPOULOU, 2011).

No entanto, a psicopatologia pré-operatória nessa população, suas motivações e expectativas, e características psicossociais são importantes fatores e que, podem contribuir para a relação entre mamoplastia de

aumento e risco de suicídio (ROHRICH *et al.*, 2007; SARWER, 2007; SPYROPOULOU & KONSTANTOPOULOU, 2011).

Estudos em países como os EUA, Canadá, Suécia, Finlândia e Dinamarca observaram um maior índice de suicídios entre mulheres que se submeteram à mamoplastia de aumento com implantes, quando comparadas a mulheres da população geral na mesma faixa etária (MAZUR, 1986; KOOT *et al.*, 2003; MCLAUGHLIN, 2003; MCLAUGHLIN *et al.*, 2003; PUKKALA *et al.*, 2003; JACOBSEN *et al.*, 2004; MCLAUGHLIN *et al.*, 2004; BRINTON *et al.*, 2006; VILLENEUVE *et al.*, 2006; CRERAND *et al.*, 2007; LIPWORTH *et al.*, 2007; LIPWORTH & MCLAUGHLIN, 2010). As razões para esse aumento no risco de suicídio não são claras, mas características de personalidade predisponentes poderiam ser um fator de contribuição para esse risco aumentado (MCLAUGHLIN *et al.*, 2004; BRINTON *et al.*, 2006).

Modelos cognitivos comportamentais sugerem que certos traços de personalidade são fatores de risco para o desenvolvimento do TDC (PHILLIPS & MCELROY, 2000; PAVAN *et al.*, 2008; JAVO & SORLIE, 2010a; PECORARI *et al.*, 2010; VEALE & NEZIROGLU, 2010; SCHIEBER *et al.*, 2013), embora a avaliação de traços de personalidade e TDC seja escassa (PHILLIPS & MCELROY, 2000; SCHIEBER *et al.*, 2013). Traços de personalidade estão associados a transtornos mentais e também ao nível de percepção (PHILLIPS & MCELROY, 2000; PAVAN *et al.*, 2013), sendo importante a identificação e gestão adequada desses traços, para que se mantenham os benefícios cirúrgicos (SIMIS *et al.*, 2001).

Os cinco grandes traços de personalidade - Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura, que são universais, podem mostrar perfis que afetam o grau de expectativas e do vínculo com o tratamento e influenciam os resultados de satisfação após procedimentos de cirurgia plástica, na medida em que, são preditores estáveis de comportamento (BENET-MARTINEZ & JOHN, 1998; JOHN & SRIVASTAVA, 1999; SIMIS *et al.*, 2001; SWAMI *et al.*, 2013; GOLSHANI *et al.*, 2016), considerando-se que, traços de personalidade podem ser definidos pela interação entre a predisposição genética e as experiências da vida.

Dificuldades em aceitar os resultados cirúrgicos, disfunções sexuais e reações negativas foram associadas a características específicas de personalidade e, por isso, são necessários mais estudos (MEYER & RINGBERG, 1987). Traços de personalidade específicos desempenham papel na escolha da cirurgia e satisfação no pós-operatório, observados em cirurgias reconstrutivas pós-mastectomias, ou seja, parece haver influência do tipo de personalidade tanto na motivação quanto no resultado de uma intervenção cirúrgica (OFFODILE *et al.*, 2015). Segundo NAPOLEON (1993), conhecer o tipo de personalidade pode predizer a presença de fatores psicológicos e sociais que, em conjunto, influenciam a experiência positiva de um procedimento de cirurgia plástica.

Dessa forma, torna-se relevante identificar o perfil de mulheres que buscam a mamoplastia de aumento, por meio de aspectos sociodemográficos, traços de personalidade e TDC, bem como o impacto da mamoplastia de aumento em termos de benefícios psicológicos.

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

Identificar o transtorno dismórfico corporal e traços de personalidade em mulheres submetidas à mamoplastia de aumento.

3 LITERATURA

3 LITERATURA

3.1 Transtorno dismórfico corporal (TDC) e cirurgia plástica

KNORR, EDGERTON, HOOPES (1967) relataram a insatisfação de pacientes que buscavam a cirurgia plástica, classificando-os de insaciáveis, após entrevistar 692 cirurgiões plásticos. Referiram que esses pacientes, frequentemente, solicitavam múltiplas cirurgias para corrigir defeitos imperceptíveis, ou inexistentes. Esses pacientes apresentavam extrema insatisfação com os resultados após a cirurgia, apesar de tecnicamente adequados.

HAY (1970) 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, por meio de entrevista psiquiátrica e uma bateria de testes psicológicos, com queixas de dismorfofobia e comparou-os com um grupo controle, formado pelas equipes de enfermeiros e do hospital geral. Concluiu que eram psicologicamente alterados quando comparados ao grupo controle. Assinalou o tipo de personalidade (indivíduos perfeccionistas, neuróticos, introvertidos, inseguros e emotivos) como preditor de sintomas da 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 pela gravidade dos sintomas. 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 cirurgias plásticas, não constava dos principais manuais 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. Acrescentaram que, em seus atendimentos clínicos, aproximadamente dois por cento dos pacientes que buscavam procedimentos de cirurgia plástica, apresentavam essa 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.

THOMSON, KNORR, EDGERTON (1978) fizeram uma revisão da literatura da avaliação psiquiátrica dos candidatos à cirurgia plástica. Apontaram a importância do conhecimento das motivações dos pacientes e dos benefícios psicológicos da cirurgia estética. Relataram, também, o aparecimento de ansiedade reativa e depressão transitória no período de pós-operatório imediato, como resposta adaptativa. Acrescentaram, ainda, que reações emocionais no pós-operatório eram, geralmente, amenas e transitórias. Concluíram que, a grande maioria dos pacientes que se

submeteu à cirurgia plástica reportou, independentemente do diagnóstico psiquiátrico, satisfação, melhora na autoestima e nos sintomas depressivos. Afirmaram, também, que a melhora nas relações interpessoais, sem mudança significativa na personalidade básica, foi uma observação consistente nesses casos. Segundo os autores, graves distúrbios psicológicos não seriam uma contraindicação direta para a operação.

WENGLER (1986) salientou a abordagem psicológica como uma maneira importante de selecionar os pacientes para procedimentos em cirurgia plástica. Dessa forma, um exame psicológico poderia evitar complicações psicológicas pós-operatórias. O autor relacionou a motivação para a cirurgia plástica a um comportamento de adaptação e sinônimo de saúde mental, por se tratar da busca da autoestima.

PERUGI *et al.* (1997) avaliaram 58 pacientes com diagnóstico de TDC, segundo a terceira edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III-R), pela Associação Psiquiátrica Americana (1980), no Instituto de Psiquiatria da Universidade de Pisa – Itália. Os autores desenvolveram a *Body Dysmorphic Symptom Scale* (BDSS), um instrumento autoadministrado de dez itens, que avaliava de forma objetiva e rápida a presença de sintomas do TDC em procedimentos de cirurgia plástica. Nesse estudo, os autores também relataram diferenças entre os gêneros em relação às regiões de insatisfação corporal e comorbidades associadas ao TDC. As mulheres apresentavam mais preocupações com a mama e pernas, comportamentos de checagem no espelho e de camuflagem, bem como comorbidades ao longo da vida com pânico, ansiedade generalizada e bulimia. Os homens revelaram preocupações significativamente maiores com os órgãos genitais, altura,

excesso de pelos no corpo, bem como maior comorbidade ao longo da vida com transtorno bipolar. Segundo os autores, embora o TDC estivesse sempre associado a comorbidades psiquiátricas, parecia ser uma síndrome autônoma, e o gênero tendia a influenciar a natureza e a extensão das comorbidades.

PHILLIPS & DUFRESNE (2000) dissertaram sobre a definição e características clínicas do TDC, enquanto roteiro para cirurgiões plásticos e dermatologistas. Pacientes com TDC 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, ou falha mínima 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 ideação e tentativas de suicídio. 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. Sugeriram triagens e pesquisas do TDC.

MUHLBAUER, HOLM, WOOD (2001) destacaram um grupo de pacientes que sofria com o chamado complexo de *Thersites*, em que um defeito físico mínimo causava grande angústia. *Thersites* referia-se à figura do soldado *Thersites*, descrito por Homero na *Ilíada*, como o “homem mais feio e insolente daquele lugar”. Segundo os autores, pacientes com TDC procuravam, inicialmente, o cirurgião plástico para amenizar a deformidade e aliviar o sofrimento por meio da correção cirúrgica. Afirmaram a importância da identificação do TDC pelo cirurgião plástico no momento

da consulta. Sugeriram a BDSS, denominada pelos autores de *Modified Pisa Body Dysmorphic Symptoms Scale*, como instrumento para triagem do TDC em pacientes que buscavam procedimentos de cirurgia plástica. Segundo os autores, o instrumento era uma escala de avaliação simples, um guia útil de expressão dos sentimentos e expectativas do candidato à cirurgia e que, permitiria uma primeira avaliação psicológica para estimar características psicopatológicas do TDC. Os autores descreveram ainda a relevância das questões da seguinte forma: respostas positivas de 1 a 5 significariam que os pacientes teriam apenas benefícios à cirurgia corretiva; de 6 a 7 seriam pobres candidatos à cirurgia e respostas positivas de 8 a 10 representariam a exclusão do candidato a qualquer intervenção estética.

ALTAMURA *et al.* (2001) descreveram as características demográficas e clínicas do TDC em 487 indivíduos de centros hospitalares de medicina estética na Itália, 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 os instrumentos: *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 que não preenchia todos os critérios de TDC (12,1%). Segundo os autores, pacientes com TDC não reconheciam suas crenças, que estariam relacionadas à doença mental, e procuravam mais tratamentos estéticos do que serviços de atendimento psiquiátrico.

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-I, 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 pelos adultos foi a dermatologia (45,2%), seguida de cirurgia plástica (23,2%). Dezesesseis adolescentes (41%) procuraram tratamentos não psiquiátricos. O procedimento mais comum foi a rinoplastia, seguido de mentoplastia e mamoplastia. Apenas 7,3%, de todos os tratamentos levaram à diminuição da preocupação com a região corporal tratada e melhora dos sintomas do TDC.

FLAGEUL, GODEFROY, LACOEUILHE (2003) relataram que as dimensões psicológica, satisfação e qualidade de vida tinham igual significado. Afirmaram, também, que a capacidade de reparação da cirurgia plástica era o que lhe conferia o valor terapêutico e que, a intervenção, nunca alcançaria esse valor nos pacientes com TDC. Esses autores trouxeram o ponto de vista de cirurgiões plásticos, psicólogos, psiquiatras e juristas, concluindo que toda a cirurgia plástica era reconstrutiva porque almejava a estética, cujo estado harmônico seria um dos fatores de bem-estar individual e social.

SARWER *et al.* (2004), em revisão de literatura, avaliaram o histórico de saúde mental e tratamento psiquiátrico, em pacientes que procuraram procedimentos de cirurgia plástica, revelando que essa população parecia ser mais doente do que aquela que não procurava tratamentos estéticos. A depressão foi o transtorno mental mais referido. Cerca de 20% dos pacientes relataram ter experienciado alguma forma de psicopatologia no momento da cirurgia. Contudo, segundo os autores, o

aumento do uso de medicação entre essa população poderia ser reflexo do comportamento de procura de ajuda; esses pacientes eram mais propensos a usar assistência médica como um meio de melhorar a *performance* de uma forma geral. Pacientes, que buscavam a cirurgia plástica costumavam reportar grande investimento em saúde e em *fitness*, quando comparados àqueles que não apresentavam interesse em procedimentos estéticos. Embora a cirurgia estética não melhorasse a saúde física, os pacientes associavam a mudança cirúrgica à melhora do bem-estar psicológico. Os resultados assinalaram dados contraditórios e sublinharam a importância de triagem de pacientes em procedimentos de cirurgia plástica, bem como o encaminhamento para profissionais da área da saúde mental, sempre que necessário. Muitas vezes, outras informações, como a presença de TDC, transtornos alimentares e abuso de substâncias, não eram referidas pelos pacientes, porque não eram adequadamente questionados acerca de seus sintomas. Os autores assinalaram que era crucial determinar as formas de psicopatologia que estavam associadas a pobres resultados e, conseqüentemente, seriam uma contraindicação ao tratamento estético e cirúrgico.

CRERAND *et al.* (2005) relataram que, indivíduos incluídos nos critérios diagnósticos de 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)*, *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form (SF-36)*, *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (QLES-Q)*, *Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR)*, *BDD-YBOCS* e *Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS)*. Aqueles pacientes, cujo grau de convicção assumiu características delirantes, foram avaliados pelo

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition (SCID-I/P). Em 200 indivíduos diagnosticados com TDC (184 adultos e 16 adolescentes) descreveram a frequência para 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 cirurgia plástica - rinoplastia, lipoaspiração e mamoplastia de aumento) e os resultados do tratamento instituído (tratamentos não psiquiátricos raramente melhoravam os sintomas do TDC).

GLASER & KAMINER (2005), em revisão da literatura, concluíram que o TDC afetava, aproximadamente, 1% da população nos Estados Unidos da América (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 de pacientes era um desafio especial para os cirurgiões plásticos. Os autores referiram que a identificação do TDC causou impacto positivo tanto no tratamento, quanto no vínculo estabelecido entre cirurgião e paciente. Desta forma, a falha no reconhecimento do TDC poderia levar à insatisfação do paciente quanto ao resultado obtido.

PHILLIPS *et al.* (2005) realizaram um estudo prospectivo e longitudinal do curso do TDC, em 200 pacientes a partir dos 12 anos de idade. Utilizaram como instrumentos: SCID-I, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I 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 taxas altas de ideação suicida (78%) e tentativas de suicídio (27,5%). Estas foram correlacionadas tanto ao grau de comprometimento psicossocial provocado pela doença, como à comorbidade com outros transtornos psiquiátricos. Relataram, ainda, que indivíduos com TDC não costumavam revelar seus sintomas ao médico.

KAYMAK, TANER, ŞİMŞEK (2009) referiram que o TDC era relativamente comum em cirurgia plástica e dermatologia. Os autores avaliaram 216 pacientes e aplicaram a BDSS e o *Beck Depression Inventory* (BDI). Concluíram que o grupo de pacientes com doenças de pele apresentaram mais sintomas de TDC e depressão do que o grupo controle, composto por estudantes universitários saudáveis.

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 de TDC, 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 à identificação e ao diagnóstico do TDC.

PHILLIPS *et al.* (2010) assinalaram que 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 na terceira edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III-R). A quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TRTM) e a Classificação Internacional de Doenças (CID10) foram 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 autonomia nosológica na CID-10, sendo incluído na categoria de hipocondria (F45.2). Os autores sugeriram operacionalizar características clínicas do TDC, na elaboração da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

RAMOS *et al.* (2016) traduziram para a língua portuguesa do Brasil, adaptaram culturalmente e validaram a BDSS em 80 pacientes, de ambos os sexos, que desejavam submeter-se à rinoplastia e procuraram o Ambulatório de Cirurgia Nasal da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Trinta pacientes participaram da fase de adaptação cultural. A reprodutibilidade foi testada em 20 pacientes e a validade de construto em 50 pacientes [correlação entre a BDSS e a Versão Brasileira da *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* Modificada para Transtorno Dismórfico Corporal (BDD-YBOCS)]. A consistência interna foi testada pelo alfa de Cronbach (0,805). A BDSS apresentou excelente reprodutibilidade interobservador ($r=0,909$; CCI=0,873; $p<0,001$) e intraobservador ($r=0,956$; CCI=0,939; $p<0,001$). Na validade de construto revelou diferença significativa nos escores entre

pacientes com e sem sintomas ($p < 0.001$) e foi observada forte correlação entre BDD-YBOCS e BDSS ($r = 0.841$; $p < 0.001$). Para um ponto de corte ≥ 6 identificou-se sensibilidade de 100% e especificidade de 86% (Kappa = 0,822; $p < 0,001$). A área sob a curva ROC foi de 0,981, revelando boa acurácia para discriminar pacientes com e sem sintomas para TDC. Quarenta e seis por cento dos pacientes apresentaram sintomas para TDC (BDSS) e em 54% dos pacientes identificaram-se sintomas obsessivo-compulsivos moderados a graves com a aparência (BDD-YBOCS). A BDSS mostrou-se reprodutível, apresentando validades de face, conteúdo e construto, sendo denominada Escala de Sintomas da Dismorfia Corporal-UNIFESP/EPM (BDSS-UNIFESP/EPM).

3.2 Mamoplastia de aumento e aspectos psicológicos

SHIPLEY *et al.* (1977) relataram os resultados de estudos psicológicos da década de 60, os quais apontavam que, mulheres que se submetiam à mamoplastia de aumento eram emocionalmente instáveis, depressivas e impulsivas, com traços histriônicos de personalidade e baixa autoestima. Nessa época, segundo os autores, não havia a ênfase da cultura na mama feminina e os riscos da cirurgia ainda eram desconhecidos. Criticaram a falta de um grupo controle para que esses resultados pudessem ser generalizados. Dessa forma, avaliaram as características da personalidade das mulheres que procuraram a mamoplastia de aumento ($n=28$), comparando com dois grupos de mulheres que tinham a mama pequena ($n=28$) e média ($n=28$), e que não queriam submeter-se à cirurgia. Ressaltaram a influência da mídia no aumento da busca por esse procedimento e na insatisfação das mulheres com o seu corpo. Concluíram que, as mulheres do grupo mamoplastia de aumento, eram

psicologicamente saudáveis mas diferiam das outras mulheres por apresentar uma avaliação negativa apenas de uma parte específica do corpo (a mama). O estudo não foi ao encontro dos resultados anteriores, segundo os quais, mulheres que se submetiam à mamoplastia de aumento apresentavam baixa autoestima e uma imagem do corpo negativa, além de depressão e comprometimento das relações sociais. Entretanto, o que se identificou foi que, mulheres candidatas a essa intervenção apresentavam uma visão mais positiva de si mesmas, gostavam de vestir-se bem e de sentir-se fisicamente mais atraentes.

BEALE *et al.* (1980) realizaram a avaliação psicológica em mulheres que buscavam a mamoplastia de aumento, comparando grupos de 65 mulheres (já operadas, que seriam operadas e grupo controle). Relataram que muitas se comparavam com a beleza ideal imposta pela sociedade através da mídia e, além disso, fatores psicológicos individuais e culturais poderiam influenciar na depreciação da feminilidade.

LOSKEN (1990) salientou a importância da avaliação psicológica de pacientes que buscavam por procedimentos cirúrgicos nas mamas e que, quando bem indicados, estavam relacionados com níveis altos de satisfação; desfecho importante de qualquer procedimento cirúrgico estético. Ressaltou a importância das mamas na representação da feminilidade da mulher e a sua influência no relacionamento conjugal.

SACCHINI *et al.* (1991) desenvolveram um método de medição de das mamas e avaliaram 148 pacientes submetidas a dois tipos diferentes de tratamento conservador para câncer de mama: tumorectomia e quadrantectomia. A análise quantitativa da mama operada foi realizada via

computador. Para a mama não operada utilizou-se a média entre duas distâncias para classificar o tamanho das mamas individualmente: entre a papila mamária e o sulco inframamário e entre a papila mamária e a margem lateral do esterno. Esse método permitiu a classificação objetiva do tamanho da mama em pequena, média ou grande. Além disso, os autores avaliaram os resultados estéticos do procedimento cirúrgico por meio de questionário de autoavaliação da paciente e de três observadores. Concluíram que a quantidade de ressecção de mama era um fator determinante do resultado estético da mama operada.

PARKER (1993) abordou o tema implantes mamários e a beleza feminina no contexto de restrição pelo *Food and Drug Administration* (FDA) para o uso estético de implantes mamários de silicone. Ressaltou a importância e os benefícios que esse procedimento podia representar para algumas mulheres.

SARWER *et al.* (1998) avaliaram a imagem corporal, no pré-operatório, comparando grupos de mulheres que procuravam a mamoplastia de aumento e redutora. Pacientes do grupo mamoplastia redutora apresentaram a mesma idade que as do grupo mamoplastia de aumento e índice de massa corpórea (IMC) maior. Além disso, as pacientes de mamoplastia redutora apresentavam maior insatisfação com o corpo como um todo e pior avaliação em relação às atividades físicas, à aparência e à própria saúde. As pacientes do grupo mamoplastia de aumento apresentavam insatisfação com uma parte específica do corpo - a mama.

SARWER *et al.* (2003) avaliaram a imagem corporal e a autoestima de 30 pacientes candidatas à mamoplastia de aumento e pacientes que não

desejavam o procedimento e formaram o grupo controle. Referiram que, as pacientes que procuravam pela mamoplastia de aumento investiam mais na aparência, cuidavam-se melhor e apresentavam maior preocupação com a saúde e exercícios físicos. Ressaltaram a importância de mais estudos prospectivos para avaliação da mamoplastia de aumento relacionando complicações cirúrgicas pós-operatórias e resultados de avaliação psicológica.

BRINTON *et al.* (2006) acompanharam por cinco anos uma coorte de 12.144 mulheres com implantes mamários e 3.614 pacientes que se submeteram a outros tipos de cirurgias plásticas. Os autores consideraram um estudo anterior, de acompanhamento em pacientes com implantes mamários, que assinalou uma redução na mortalidade por um lado e, por outro, um aumento do risco de câncer (mama, cérebro e pulmão) e de suicídio. Observaram que, um total de 443 pacientes com implantes e 221 pacientes submetidos a outras cirurgias plásticas foram a óbito. Não houve evidência de que as pacientes com implantes tivessem maior risco de morte por câncer de mama quando comparadas com a população geral, ou com outros pacientes de cirurgia plástica. Um excesso de risco anteriormente observado em mortes por câncer no pulmão persistiu em comparações com outros pacientes cirúrgicos mas não houve evidência de uma tendência de risco com tempo de seguimento. Não obstante, as pacientes com implantes mostraram risco elevado de suicídio e de óbitos por acidentes com veículos automotores. Concluíram que o risco de suicídio aumentado, entre as pacientes após mamoplastia de aumento, era um motivo de preocupação e razão de investigação.

ROHRICH *et al.* (2007), em revisão de literatura, avaliaram o impacto psicológico da mamoplastia de aumento na validade do risco de suicídio. Numerosos estudos científicos e epidemiológicos estabeleceram que não havia associação entre implantes de silicone e doença sistêmica. Entretanto, apontaram, mais recentemente uma nova frente se abriu no conflito sobre a segurança da mamoplastia de aumento: o impacto psicológico desse procedimento cirúrgico. Embora relatórios fornecessem evidências sobre os benefícios da cirurgia plástica, a exemplo da mamoplastia de aumento, assinalavam também um aumento do risco de suicídio entre mulheres com implantes mamários. No entanto, ainda não se demonstrara a relação causa efeito entre implantes mamários e suicídio. Assim, de acordo com os autores, seria necessário determinar se o risco aumentado, relatado em estudos epidemiológicos, era falsamente associado aos implantes mamários, ou se representava fatores de risco subjacentes de psicopatologia em mulheres submetidas à mamoplastia de aumento que, as colocava em risco maior de suicídio. Concluíram, que a triagem de pacientes com risco para suicídio e comorbidades associadas era prudente por permitir o encaminhamento psiquiátrico, antes da mamoplastia de aumento.

SARWER (2007) assinalou que os sete estudos epidemiológicos que identificaram correlações entre mamoplastia de aumento e risco de suicídio apresentavam limitações metodológicas. Entretanto, dada a relação entre implante mamário e suicídio, as pacientes deveriam ter acesso a uma consulta em saúde mental antes da cirurgia. Segundo o autor, à exceção do TDC, a taxa de psicopatologia entre candidatas à mamoplastia de aumento ainda precisava ser firmemente estabelecida. Transtornos alimentares e

transtornos de humor podiam ser relativamente comuns entre as mulheres que recebiam implantes mamários.

MCGRATH (2007), em revisão de literatura sobre a influência psicológica da mamoplastia de aumento destacou a importância da abordagem à paciente tanto para esclarecimento do procedimento como para alinhamento de expectativas realistas sobre os resultados que, envolviam mudanças físicas e psicológicas. O autor ressaltou a crescente evolução dos estudos baseados em evidências da avaliação psicológica em procedimentos de cirurgia plástica. Referiu também a necessidade de estudos relacionando avaliações das respostas psicológicas e complicações pós-operatórias.

HÖMICH *et al.* (2007) avaliaram o pós-operatório tardio de mulheres submetidas à mamoplastia de aumento, na Dinamarca, correlacionando complicações e satisfação com a cirurgia. A maioria das mulheres relatou satisfação, mesmo nos casos em que os médicos avaliaram e relataram resultados insatisfatórios devido às contraturas. Segundo os autores, provavelmente, as pacientes fizeram uma avaliação mais positiva do que a dos médicos ao considerar os benefícios psicológicos do procedimento.

KLASSEN *et al.* (2009) referiram a importância dos resultados, baseados no relato das pacientes, sobre o impacto de intervenções cirúrgicas das mamas na qualidade de vida. Estabeleceram conceitos estruturais principais, que envolviam a avaliação de pacientes submetidas aos procedimentos cirúrgicos nas mamas, como referência para o desenvolvimento de novos instrumentos de avaliação.

SOLVI *et al.* (2010) avaliaram prospectivamente a motivação de 14 pacientes candidatas à mamoplastia de aumento. Descreveram como fatores motivacionais: a insatisfação com a aparência, a busca pela imagem ideal, a autoestima, os comentários de outros, o vestuário, a sexualidade e a busca da feminilidade. Os autores relataram ainda fatores de motivação determinantes e decisivos como a mídia, a opinião dos médicos, os fatores econômicos, as pessoas próximas que fizeram a mesma cirurgia e o parceiro. Segundo os autores, a compreensão dos fatores motivacionais e psicológicos auxiliaria o cirurgião plástico a melhorar o seu atendimento quanto à melhor abordagem das pacientes.

CHAO *et al.* (2016) realizaram estudo sobre implantes mamários de silicone e relataram que os implantes atuais eram desenvolvidos para otimizar os resultados estéticos e minimizar as complicações como a contratura capsular e a ruptura. Um dos avanços mais significativos tinha sido o uso de silicone altamente coesivo. De um modo geral, os implantes mamários de silicone estavam associados com um grau alto de satisfação das pacientes e taxas baixas de complicações.

ALDERMAN *et al.* (2016) descreveram os resultados obtidos após a avaliação de 17.899 pacientes que foram submetidas à mamoplastia de aumento e completaram o BREAST-Q, no pré-operatório e nos períodos de um e quatro anos após a cirurgia. Após um ano, houve melhora na satisfação das pacientes com as mamas e no bem-estar psicossocial que, foi mantida após quatro anos do procedimento. O estudo assinalou assim a melhora da qualidade de vida nas pacientes submetidas à mamoplastia de aumento.

3.3 Personalidade

NAPOLEON (1993) avaliou o impacto do tipo de personalidade e de variáveis psicológicas e sociais em 133 pacientes de cirurgia plástica, no pré e após dezoito meses dos procedimentos. Considerou que o tipo de personalidade influenciava o resultado cirúrgico. Referiu que, mais do que a técnica cirúrgica, a personalidade e as expectativas de alguns pacientes eram o maior e mais difícil desafio em cirurgia plástica. A personalidade, enquanto construto, era composta de cognições, afetos e comportamentos duradouros que identificavam e distinguem pessoas como seres humanos únicos. A personalidade podia ser assim um preditor estável de comportamento em contextos variados. Dessa forma, conhecer o tipo de personalidade podia prever a presença de fatores psicológicos e sociais que, em conjunto, influenciavam a experiência positiva de um procedimento de cirurgia plástica.

PHILLIPS *et al.* (1994) avaliaram 100 pacientes com TDC e utilizaram o 60-item *Neo Five Factor Inventory* (NEO-FFI). Os escores foram altos para o traço neuroticismo, baixos para os traços extroversão, conscienciosidade e amabilidade e moderados para abertura à experiência.

BENET-MARTÍNEZ & JOHN (1998) assinalaram a importância de medidas das cinco grandes dimensões da personalidade na língua espanhola. Para isso, três estudos foram realizados para avaliar a versão espanhola do *Big Five Inventory* (BFI), desenvolvido por um dos autores (JOHN) em 1991, explorando a estrutura dos cinco grandes fatores em grupos culturais latinos, de ambos os sexos (populações espanhola - Espanha e hispânica / latino americana - EUA) (JOHN, DONAHUE,

KENTLE, 1991). Segundo os autores, pouco se sabia sobre como e se as diferenças culturais no grupo traduziam as diferenças na organização, ou estrutura, das características de personalidade a nível individual. Além disso, o BFI era um instrumento curto, cujos itens eram fáceis de entender, contrastando com os instrumentos, que também avaliavam os cinco grandes fatores da personalidade, mas que, eram longos e difíceis como o 240-item *NEO Personality Inventory, Revised* (NEO PI-R) e o 60-item NEO – FFI. O BFI usava frases curtas para acessar os traços dos cinco grandes fatores da personalidade. Os adjetivos do traço, que formavam o núcleo de cada um dos 44 itens, foram apontados como marcadores unívocos e prototípicos das cinco grandes dimensões da personalidade. No estudo 1, os autores compararam as versões em Espanhol e Inglês, considerando-se o BFI, em estudantes da faculdade de Espanha (n=894) e Estados Unidos (n=711) e avaliaram a congruência entre os idiomas. No estudo 2 avaliaram um grupo latino bilíngue (n=170) com ensino superior e testaram a validade convergente e divergente entre os idiomas e instrumentos. No estudo 3 replicaram o estudo 2 num grupo de classe trabalhadora de hispânicos bilíngues (n=139). Em ambos os grupos (Espanhol e Inglês), as maiores médias foram encontradas para o traço Amabilidade e Abertura, seguidas pelos traços Conscienciosidade, Extroversão e Neuroticismo por último. Os escores do traço Extroversão, ligeiramente mais alto para os espanhóis, podia ser consistente com o valor cultural da simpatia (por exemplo, a expressão de emoções positivas), sendo que, o nível um pouco menor em Conscienciosidade era consistente com a flexibilidade na orientação do tempo (*versus* atraso de gratificação) assumidos como traços para caracterizar culturas latinas. Não obstante, de uma forma geral e considerando o nível geral de abstração representada pelas cinco grandes dimensões, os autores não encontraram diferenças consideráveis entre os

dois grupos culturais estudados. Nas duas casuísticas, as escalas das cinco grandes dimensões da personalidade apresentaram-se independentes e as propriedades psicométricas similares.

JOHN & SRIVASTAVA (1999) apresentaram o conceito diacrônico de personalidade e o desenvolvimento dos instrumentos (NEO PI-R, NEO-FFI e BFI), bem como as respectivas propriedades de confiabilidade e validade convergente, para medir os cinco grandes fatores de personalidade. Segundo os autores, a personalidade foi conceituada a partir de uma variedade de perspectivas teóricas, e em vários níveis de abstração ou amplitude. Cada um desses níveis contribuía para a compreensão de diferenças individuais em comportamento. No entanto, o número de traços de personalidade e escalas destinadas a medi-los não tinha fim. Assinalaram então a importância de um modelo descritivo, ou taxonomia, dos traços de personalidade. A taxonomia permitiria aos pesquisadores estudar domínios específicos de características de personalidade, em vez de examinar separadamente os muitos atributos particulares que tornavam os seres humanos únicos e individuais. Além disso, uma taxonomia facilitaria a comunicação de resultados empíricos, oferecendo um vocabulário padrão ou nomenclatura. Assim, após décadas de pesquisa, chegou-se a um consenso sobre a taxonomia geral dos traços de personalidade - as cinco grandes dimensões da personalidade. Essas dimensões não representavam uma determinada teoria, mas derivavam de análises dos termos de linguagem natural que as pessoas usavam para se descrever a si próprias e aos outros. Ou seja, a taxonomia das cinco grandes dimensões nunca pretendeu ser uma teoria abrangente da personalidade; foi desenvolvida para apreender as relações estruturais entre traços de personalidade. Os autores apontaram ainda a generalização entre idiomas e culturas como

critério importante para avaliar taxonomias de personalidade, já que queriam saber se os cinco grandes fatores da personalidade eram universais. Os primeiros projetos envolveram a Holanda e Alemanha e apenas o fator Abertura apresentou alguma diferença em seu significado. Nesses idiomas, os componentes do traço Abertura referia-se mais a rebeldia e à não convencionalidade, em vez de intelectualidade e imaginação como na língua inglesa. Posteriormente o léxico da personalidade estendeu-se a outros idiomas (Chinês, Tcheco, Hebraico, Húngaro, Italiano, Polonês, Russo e Turco) encontrando-se semelhanças nos cinco grandes fatores. Contudo, a evidência era menos convincente para os componentes desse fator que aparecia de várias formas variando de puro intelecto (em alemão) à não convencionalidade e rebeldia (em holandês e italiano), revelando assim menor replicabilidade que os demais. Apontaram que, cada item que definia cada um dos fatores, abrangia uma variedade de conteúdos. Ou seja, cada fator envolvia diferentes componentes, ou facetas. Dessa forma, os autores referiram que podiam existir conceitos únicos em cada idioma. No entanto, num nível mais alto de abstração, ou generalização, emergiam dimensões estruturais semelhantes. Não obstante, o fator Abertura era necessário porque as diferenças individuais em termos intelectuais e o funcionamento criativo estava subjacente aos interesses e desempenhos artísticos, invenções e inovação, e até humor. As diferenças individuais nesses domínios do comportamento e experiência humanos não podiam ser e, felizmente, não foram negligenciadas por psicólogos da personalidade. Com base nesses estudos transculturais, concluíram que havia uma estrutura de traço onipresente, considerando-se os cinco grandes fatores de personalidade. Para integrar as várias interpretações dos fatores, e construir um protótipo, foram utilizados 300 termos como padrão. Esses termos formavam uma

definição relativamente estreita, ou básica dos cinco fatores, porque incluíam apenas aquelas características que apareceram consistentemente em todos os estudos. Foram então aplicados em 140 homens e 140 mulheres distribuídos em grupos de 10 a 15 indivíduos. Os autores concluíram nessa ampla pesquisa que, por consenso na pesquisa científica, havia cinco dimensões amplas e replicáveis da personalidade, e que podiam ser resumidas em: Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura à experiência. A estrutura dos cinco grandes fatores capturava, em um amplo nível de abstração, as semelhanças entre a maioria dos sistemas existentes de descrição da personalidade, e fornecia um modelo descritivo para a pesquisa de personalidade. Segundo os autores, as letras dos traços - *Openess, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness, Neuroticism* - formavam o OCEANO das dimensões da personalidade.

PHILLIPS & MCELROY (2000) avaliaram traços de personalidade de 100 pacientes psiquiátricos (n=51 mulheres; n=49 homens) com diagnóstico de TDC (SCD-I), utilizando o NEO-FFI. O NEO-FFI avaliou dimensões da personalidade, segundo o modelo dos cinco grandes fatores de personalidade: Neuroticismo (ansioso, preocupado, deprimido e autoconsciente) *versus* estabilidade emocional, Extroversão (gregário, carinhoso e ativo) *versus* introversão, Abertura à experiência (criativo e curioso) *versus* fechamento/isolamento, Amabilidade (confiante, generoso e complacente) *versus* antagonismo/rivalidade, e Conscienciosidade (obediente, competente, bem organizado e autodisciplinado) *versus* sem direção. Houve correlação entre Neuroticismo e transtornos de personalidade. Enquanto que o Neuroticismo apresentou-se positivamente correlacionado com o transtorno de personalidade de esquiva, a

Extroversão mostrou-se negativamente correlacionada. Entretanto, como foram excluídos do estudo pacientes suicidas e com outras comorbidades psiquiátricas, a taxa de outros transtornos de personalidade como borderline podia estar subestimada. Não foram identificados níveis de hostilidade nos pacientes avaliados. Segundo os autores, características obsessivas de personalidade como o perfeccionismo mostraram-se mais relacionadas aos sintomas do TDC do que a transtornos de personalidade obsessivo-compulsiva. Esse aspecto verificou-se igualmente em relação a características narcísicas e histriônicas, que estavam mais associadas aos sintomas do TDC (preocupação com a própria aparência), do que com transtornos de personalidade narcisista e histriônica. Observaram que indivíduos com TDC eram vulneráveis às críticas ou à desaprovação (64%), estavam excessivamente preocupados com a atratividade física (61%), reagiam a críticas com sentimentos de raiva, vergonha ou humilhação (58%), apresentaram excessiva ansiedade social (54%) e sentimentos crônicos de vazio e tédio (53%) e evitavam situações sociais ou atividades ocupacionais que envolviam atividades interpessoais e de contato (49%). A média dos escores foi muito alta para o traço Neuroticismo e baixa para Extroversão e Conscienciosidade, Amabilidade e Abertura. O perfil de personalidade sugerido pelos dados, embora preliminar, foi caracterizado por níveis de Neuroticismo (preocupação e autoconsciência), introversão e ansiedade social e comportamentos de evitação. A frequente sensibilidade à rejeição – característica do transtorno de personalidade de esquiva - era consistente com taxas relativamente altas de TDC (14% a 43%) em pacientes com depressão atípica, caracterizada também pela sensibilidade à rejeição. Os autores assinalaram uma sobreposição de traços de personalidade e sintomas de TDC, os quais envolviam preocupação proeminente, autoconsciência, ansiedade social,

baixa autoestima, antecipação de rejeição e sentimentos de deformidade, constrangimento e vergonha. A taxa alta de percepções de autorreferência era também consistente com essas características de personalidade. Essa congruência entre os sintomas de TDC, transtorno de personalidade de esquiva, Neuroticismo e introversão levantou questões intrigantes acerca da relação entre sintomas de TDC e personalidade que ainda não era possível responder. Os traços Neuroticismo e Extroversão por serem substancialmente hereditários, sugeriam tipos de temperamento que poderiam predispor a sintomas do TDC. Por outro lado, sintomas do TDC normalmente causavam ansiedade, autoconsciência, evitação social, que se manifestavam fenotipicamente indistinguíveis de um temperamento neurótico e introvertido. Alguns transtornos de personalidade podiam ser uma sequela do TDC e medicações psicotrópicas podiam também alterar a personalidade. Os autores referiram que eram poucos os estudos que avaliavam traços de personalidade em pacientes com TDC com instrumentos padronizados e que seriam necessários mais estudos para elucidar a complexa relação entre transtornos de personalidade e TDC.

SIMIS *et al.* (2001) avaliaram a satisfação corporal, o funcionamento psicológico e as características de personalidade de 184 pacientes, e seus pais, entre 12 e 22 anos de idade, que procuraram procedimentos de cirurgia plástica [estética (n=100) e reconstrutiva (n=84)], e compararam-nos com 684 adolescentes e jovens adultos da mesma idade, e seus pais, da população geral. Utilizaram vários questionários padronizados: *Body Cathexis Scale* (BCS), *Bodily Attitudes Scale* (BAS), *Youth Self-Report* (YSR), *Child Behavior Checklist* (CBCL), *Young Adult Self-Report* (YASR), *Young Adult Behaviour Checklist* (YACCL), *Harter Self-Perception Profile for Adolescents* (HSPP-A), *Harter Social Support Scale*

(HSSS), *Social Anxiety Scale* (SAS), *Children's Depression Inventory* (CDI), BFI e *Utrecht Coping List* (UCL). A maioria da casuística foi composta por meninas (71%). Segundo os autores, adolescentes que se submetiam à cirurgia plástica apresentavam expectativas realistas e, em geral, eram psicologicamente saudáveis. Entretanto, quando comparados com a população geral, embora estivessem igualmente satisfeitos com a aparência geral, mostravam-se mais insatisfeitos com regiões do corpo específicas para as quais procuravam correção cirúrgica [mama em primeiro lugar, seguidas das orelhas, nariz e lábios (que incluiu fissuras), face (olhos, rosto e deformidades craniofaciais) e contorno corporal. Os pacientes que procuraram a cirurgia estética apresentaram-se mais insatisfeitos do que os da reconstrutiva. Ainda, revelaram problemas psicossociais relacionados à aparência; as meninas relataram mais atitudes negativas em relação ao corpo do que os meninos que, por outro lado, mostraram-se menos autoconfiantes em áreas sociais que os outros grupos. Assim, as meninas revelaram padrões de comportamento mais internalizados e os meninos de maior externalização. A característica de personalidade mais marcante nos meninos, de uma forma geral, foi o Neuroticismo e, nas meninas, a Amabilidade. As correlações indicaram que, atitudes negativas em relação à satisfação, avaliação e atribuição corporais, estavam relacionadas a problemas comportamentais e emocionais, baixa autoestima, percepção de baixo suporte social, ansiedade social, depressão e traços de personalidade de baixa Extroversão e alto Neuroticismo. Assim, a percepção de competência e do próprio valor relacionado à aparência, a depressão, os problemas comportamentais e emocionais e os traços de personalidade de Extroversão e Neuroticismo correlacionaram-se de moderado a alto com satisfação e atitudes do corpo, indicando que a experiência de competência e bem-estar estaria relacionada

à percepção subjetiva da aparência. Os autores assumiram que características de personalidade podiam determinar comportamentos, ou atitudes, e problemas relacionados à própria aparência e que, esses fatores poderiam ter maior influência na satisfação com o resultado cirúrgico do que a intervenção cirúrgica em si. Por exemplo, características de personalidade neuróticas podiam resultar em problemas psicológicos pós-cirúrgicos, e traços de baixa Extroversão podiam indicar maior insatisfação e atitudes mais negativas em relação ao corpo.

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 uma entrevista semiestruturada para características demográficas e clínicas, SCID-I, *Hamilton Depression Rating Scales* (HDRS) e BDD-YBOCS. Referiram que uma avaliação pré-operatória poderia contribuir para a definição do perfil clínico dos pacientes em atendimento nos serviços de Cirurgia Plástica. A prevalência do TDC nessa casuística foi de 16%.

PAVAN *et al.* (2006) analisaram o perfil psicopatológico, a personalidade e o temperamento de 27 pacientes que procuraram procedimentos de cirurgia estética e compararam-nos com 21 controles da população geral. Os procedimentos mais procurados foram a rinoplastia e a mamoplastia de aumento e redutora. Todos os pacientes passaram por avaliação psicológica no pré-operatório encaminhados pelo cirurgião plástico. Foram aplicados os seguintes instrumentos: *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus 5.0* (MINIPLUS 5.0) para o diagnóstico do TDC, BDI para avaliar sintomas de depressão, *State-Trait Anxiety*

Inventory, Y Form (STAY) para investigar a presença de sintomas ansiosos, *State-Trait Anger Expression Inventory* (STAXI) para a raiva e hostilidade, NEO-FFI para avaliar a personalidade, *Tridimensional Personality Questionnaire* (TPQ) para estudar o temperamento e *Harm Avoidance Scale* (HA) para também avaliar sintomas da ansiedade. Os pacientes com dismorfia corporal (n=10) apresentaram escores mais altos no BDI, STAI e STAXI em relação aos que não tinham diagnóstico de TDC (n=17) e controles (n=21). Verificaram-se também taxas altas de comorbidades, particularmente com depressão maior, fobia social e transtorno obsessivo compulsivo (TOC), bem como escores altos no NEO-FFI para Neuroticismo e níveis baixos para Extroversão, Conscienciosidade e Abertura à experiência, comparando-se com os que não tinham diagnóstico e com a população geral. A única exceção foi em relação à Extroversão; pacientes com TDC e pacientes sem TDC apresentaram-se mais introvertidos do que a população geral. Havia, ao contrário, uma tendência ligeiramente maior para o traço Neuroticismo nos pacientes com TDC sem alcançar significância estatística. Observou-se ainda diferença no temperamento (comportamentos relacionados à inibição com presença de grande ansiedade antecipatória e falta de energia) no grupo TDC quando comparado aos outros dois grupos. Segundo os autores, o TDC era uma condição que, geralmente, escaparia à atenção dos psiquiatras uma vez que, os pacientes consideravam que o seu problema era físico e, portanto, procuravam cirurgiões plásticos e dermatologistas. Neste estudo, apesar do grupo de pacientes com TDC apresentar maior gravidade de sintomas, os do grupo sem TDC apresentou igualmente sintomas depressivos e ansiosos. Dessa forma, seria muito importante a avaliação psicológica no pré-operatório para evitar a descompensação psicopatológica no pós-operatório. Segundo os autores, a alta prevalência de TDC (37%)

relacionou-se ao fato de ser uma população de cirurgia plástica. Concluíram que os pacientes com TDC tenderam a traços mais introvertidos, menos conscienciosos, menos abertos à experiência e mais hostis.

MALICK *et al.* (2008) relataram que pacientes que buscavam procedimentos de cirurgia plástica, costumavam apresentar sintomas de TDC e transtornos de personalidade narcisista e histriônica. Segundo os autores, 47,7% dos pacientes que buscavam procedimentos em cirurgia plástica, preenchiam critérios para algum transtorno mental. 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.

SWAMI, HADJI-MICHAEL, FURNHAM (2008) avaliaram 101 mulheres e 106 homens da população geral. Assinalaram que a autoavaliação da atratividade, a qualificação educacional, os traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão, bem como o índice de massa corpórea (IMC) eram significantes preditores da apreciação corporal. Os autores utilizaram o *Body Appreciation Scale* (BAS) para avaliar a imagem corporal e o 15-item Big Five Questionnaire (BFQ-15) que investigou as cinco grandes dimensões da personalidade. Houve diferença entre os sexos. Os homens apresentaram maior IMC, maior Abertura e Amabilidade como traço de personalidade. Mais homens, do que mulheres, eram casados.

ANDRADE (2008) validou o BIF (Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade – IGFP-5) para o Brasil. O IGFP-5 é uma medida de auto-relato breve, composta por 44 itens e designada para avaliar

dimensões da personalidade baseada no modelo dos cinco grandes fatores da personalidade. As cinco grandes dimensões avaliadas foram: Abertura, Conscienciosidade, Extroversão, Amabilidade e Neuroticismo. A casuística, após a eliminação dos dados ausentes, foi composta por 5.089 respondentes das cinco regiões brasileiras, a maioria do sexo feminino (69,5%), solteiros (66,9%) e estudantes do ensino superior (79%). A idade variou de 13 a 67 anos, sendo que grande parte dos respondentes (47%) estava na faixa etária de 19 a 23 anos ($M=23,4$ anos; $DP=7,1$). A partir da análise fatorial confirmatória, verificou-se que o modelo de cinco fatores intercorrelacionados foi o mais adequado. Com base na estimação dos modelos da teoria de resposta ao item (TRI) verificou-se que os itens do IGFP-5 apresentaram parâmetros psicométricos adequados. Também foram observadas variações regionais em relação aos traços de personalidade. Indivíduos das regiões do Norte e Nordeste apresentaram maior média no traço Abertura do que os do Sudeste. No traço Conscienciosidade, aqueles da região Sudeste apresentaram maior média do que os da região Nordeste. No que se refere ao traço Amabilidade indivíduos das regiões Norte e Nordeste apresentaram maior média do que os da região Centro-Oeste. Por fim, observou-se que os indivíduos da região Sul apresentaram maior média no traço Neuroticismo do que os das regiões Norte, Nordeste e Sudeste. Ainda, os indivíduos da região Centro-Oeste apresentaram maior média em Neuroticismo do que os da região Norte. Esses resultados revelaram variações regionais em relação aos traços de personalidade. Segundo o autor, observou-se que as duas regiões menos desenvolvidas do Brasil (Norte e Nordeste) apresentaram maior diferenciação em relação ao resto do país nos traços de personalidade. Sugeriu que a utilização do IGFP-5 ocorresse principalmente no contexto de pesquisa e triagem psicológica. Por se tratar de uma medida reduzida e de rápida aplicação, ela

podia ser facilmente utilizada em estudos transculturais. A versão brasileira ficou composta por 32 itens.

PECORARI *et al.* (2010) investigaram se pacientes com sintomas de TDC diferiam daqueles sem sintomas, 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 Scale* (NOSE), *Health-Related Quality of Life* (HRQL), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSE), *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDQ) e *Temperament and Character Inventory* (TCI). Identificaram diferentes grupos. Um dos grupos era composto por pacientes pessimistas, tímidos e inseguros, com personalidade frágil e imatura e pobre autoestima, muito preocupados com o que pareciam aos outros e gastando muito tempo em cuidados com a aparência. Um outro grupo incluiu indivíduos mais confiantes, com personalidade forte e boa autoestima. Um terceiro grupo, menos diferenciado, incluiu indivíduos mais impulsivos que gastavam um tempo intermediário pensando na aparência. Relataram que os pacientes com sintomas de TDC apresentaram baixa autoestima, mais comportamentos de esquiva e menor direcionamento de projetos de vida. Sugeriram avaliações no pré-operatório de procedimentos de cirurgia plástica, para evitar frustrações quanto a expectativas de resultado, tanto para pacientes quanto para médicos. Embora traços de personalidade pudessem predispor transtornos mentais, não era possível tecer conclusões, com os resultados do estudo, acerca do impacto da autoestima e de traços de personalidade na prática clínica.

JAVO & SORLIE (2010a) avaliaram fatores psicossociais que prediziam o interesse de pacientes do sexo feminino por rinoplastia, lipoaspiração, mamoplastia de aumento e abdominoplastia, na Noruega. Avaliaram 1862 mulheres com idades entre 18 e 35 anos. Utilizaram os instrumentos: *Mini-International Neuropsychiatric Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition) (MINI), *Big-Five Personality* (BFP-10), *Self-Liking and Competence Scale* (SLCS), *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ), *Eating Disturbance Scale* (EDS-5) e *Hopkins Symptom Check List* (HSCL-5). A rinoplastia foi procurada por 7% das pacientes, sendo que, 69% reportaram interesse por mais de um procedimento além da rinoplastia e 2,3% relataram ter se submetido anteriormente a outra cirurgia plástica. A presença de sintomas de TDC foi um forte preditor para o interesse na rinoplastia, revelando que o nariz era uma das preocupações mais comuns em pacientes com TDC. Traços de personalidade, principalmente Amabilidade, quando associado a sintomas de TDC, correlacionaram-se com o interesse pela cirurgia. A falta de informação de uma maneira geral, a aceitação social da cirurgia plástica e a avaliação negativa da aparência foram preditores para todos os procedimentos. Enquanto que sintomas de TDC, traços de personalidade, preocupação com a aparência e histórico de *teasing* influenciaram todos os procedimentos, à exceção da abdominoplastia, ter filhos foi preditor para todas as cirurgias à exceção da rinoplastia. Concluíram que, de uma maneira geral, fatores psicológicos associados à cirurgia plástica eram comuns e variavam em grau e por procedimento cirúrgico.

SWAMI *et al.* (2013) examinaram as associações entre as cinco grandes dimensões da personalidade e dois construtos da imagem corporal

- discrepância de peso real-ideal (medida de imagem corporal negativa) e apreciação corporal (medida de imagem corporal positiva) - em mulheres da população geral provenientes da Inglaterra e da Europa central. Utilizaram os instrumentos: *Photographic Figure Rating Scale* (PFRS), *BAS*, *10-Item Personality Inventory* (TIPI), *NEO-FFI* e *McArthur Ladder of Subjective Social Status* (MLSSS). Os resultados mostraram que, a discrepância de peso real-ideal foi associada a menor estabilidade emocional, ou seja, a traços altos de Neuroticismo, traços baixos de Extroversão, Amabilidade e Conscienciosidade, bem como a menor *status* social subjetivo. A apreciação corporal foi associada a pontuações mais altas no *NEO-FFI*, à exceção do traço Abertura e *status* social subjetivo. Foram preditores para discrepância de peso real-ideal e apreciação corporal o IMC e Neuroticismo. Maior *status* social subjetivo foi igualmente preditor para apreciação corporal. O estudo mostrou que o Neuroticismo foi positivamente correlacionado com a discrepância de peso real-ideal e negativamente correlacionado com a apreciação do corpo, e o traço Extroversão apareceu como um preditor negativo da discrepância de peso real-ideal. O estudo revelou que diferenças individuais na personalidade de cada um estavam associadas a componentes de avaliação da sua imagem corporal. O Neuroticismo foi associado a problemas da imagem corporal e estaria fortemente associado à saúde emocional deficiente, tanto diretamente quanto através dos efeitos combinados desse traço de personalidade e do afeto negativo na diminuição do afeto positivo. Dessa forma, traços de Neuroticismo podiam levar ao estabelecimento de circunstâncias que favoreceriam a imagem corporal negativa. Traços altos de Neuroticismo foram associados a maior discrepância de peso real-ideal bem como à redução da apreciação corporal. Os resultados foram consistentes com o fato de que o Neuroticismo seria um traço de

importância para a saúde pública que requeria a atenção dos estudiosos. Segundo os autores, o Neuroticismo tinha sido relacionado à avaliação negativa da aparência, insatisfação com a aparência facial, maior preocupação com o peso, maior auto-objetivação, menor apreciação corporal e maior discrepância de peso real-atual. Dadas as associações entre Neuroticismo e tendência a experimentar estados emocionais negativos e tornar-se facilmente insatisfeito, esse traço de personalidade estava associado a uma imagem corporal mais negativa.

SCHIEBER *et al.* (2013) relataram que modelos comportamentais cognitivos consideravam certos traços de personalidade como fatores de risco para o desenvolvimento do TDC. Não obstante, era escassa a pesquisa nesse assunto. Dessa forma, o estudo examinou o perfeccionismo, a sensibilidade estética e o sistema de inibição comportamental no TDC. Este último traço de personalidade era um fator de vulnerabilidade com um papel importante no desenvolvimento de distúrbios psicopatológicos que, segundo os autores, tinha sido moderadamente associado na literatura científica ao Neuroticismo. Além disso, investigaram a associação entre esses traços de personalidade e a extensão do TDC. Utilizaram os seguintes instrumentos: questões focadas nos quatro critérios diagnósticos do TDC (DSM-5), *Dysmorphic Concern Questionnaire* (DCQ), *Highly Sensitive Person Scale: Subscale Aesthetic Sensitivity* (HSPS-AES), *Eating Disorder Inventory: Subscale Perfectionism* (EDI-P) e *Behavioural Inhibition System/Behavioural Activation System Scale: Subscale BIS* (BIS/BAS). Foram selecionados 58 indivíduos com TDC (2,7% da população geral alemã), que foram comparados a 2071 indivíduos também da população geral alemã (grupo controle). Os grupos não mostraram diferença estatisticamente significante quanto à idade, mas apresentaram diferença

quanto à distribuição de sexo e estado civil. No grupo TDC houve mais casos de mulheres e de pessoas solteiras. A pele, estômago e cabelo foram as regiões de maior insatisfação corporal apontadas pelo grupo TDC. Verificaram que indivíduos com TDC apresentaram graus mais altos de perfeccionismo, bem como de reatividade do sistema de inibição comportamental, quando comparados ao controle. Entretanto os grupos não diferiam significativamente em relação à sensibilidade estética. Os traços de perfeccionismo e inibição comportamental reativa estavam mais pronunciados em indivíduos com TDC. Indivíduos com o traço perfeccionismo elevado revelaram maior tendência para desenvolver TDC. Os traços de personalidade perfeccionismo, sensibilidade estética e inibição comportamental reativa resultaram em preditores significativos para a extensão das preocupações dismórficas. Assim sendo, a associação significativa entre perfeccionismo, sensibilidade estética, inibição comportamental reativa e preocupações dismórficas foi confirmada. Isso salientou, neste estudo, que traços mais altos de personalidade foram acompanhados com maiores preocupações dismórficas.

BRITO-COSTA *et al.* (2015) traduziram para o Português de Portugal, adaptaram culturalmente e validaram o IGFP-5 em 150 atletas masculinos da modalidade futebol. Considerando-se a confiabilidade do IGFP-5, obteve-se um alpha de Cronbach (α) total de 0,780 e no teste reteste as correlações também foram elevadas e significativas (Extroversão=0,895; $p<0,001$; Amabilidade=0,922; $p<0,001$; Conscienciosidade=0,882; $p<0,001$; Neuroticismo=0,895; $p<0,001$; Abertura=0,956; $p<0,001$). O questionário manteve as 44 questões originais.

GOLSHANI *et al.* (2016) investigaram o perfil psicológico e os traços de personalidade de 274 pacientes, de ambos os sexos, que buscaram a rinoplastia, blefaroplastia, cirurgia ortognática, mamoplastia e lipoaspiração. Todos os participantes responderam ao *Global Severity Index (GSI) —Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)* — e ao *Short Neuroticism-Extraversion-Openness Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Os autores assinalaram que, embora a maioria dos estudos na literatura científica focasse em transtornos de personalidade, dados sobre a avaliação do perfil psicológico em candidatos à cirurgia plástica eram escassos. Neste estudo, 51% dos indivíduos apresentaram risco para problemas psiquiátricos. Considerando-se os sintomas psiquiátricos, foram prevalentes: hostilidade (70%), sensibilidade interpessoal (40%) e ansiedade (50%). Sintomas de paranóia e psicose apresentaram a menor prevalência. Os candidatos à blefaroplastia e mamoplastia apresentaram níveis mais altos de problemas psiquiátricos relacionados à sensibilidade interpessoal, preocupações somáticas, depressão e ansiedade. Aqueles que já tinham realizado cirurgias plásticas revelaram mais problemas psiquiátricos quando comparados com os que nunca tinham se submetido a um procedimento. Entretanto, níveis altos de preocupações somáticas, fobia social, ansiedade e depressão foram também identificados nos candidatos que buscavam pela primeira vez o procedimento cirúrgico. Considerando-se a personalidade, o traço Abertura teve a menor média de pontuação e a Amabilidade e Extroversão a maior média (Neuroticismo= $19,97 \pm 4,94$, Extroversão= $23,29 \pm 3,13$, Abertura= $6,80 \pm 4,07$, Amabilidade= $23,86 \pm 3,29$ e Conscienciosidade= $19,17 \pm 3,88$). Esses resultados indicaram que os indivíduos tinham tendência a relações amigáveis e afetivas, mas pouco cautelosas. Segundo os autores, tal perfil de personalidade estaria provavelmente associado aos transtornos de personalidade narcisista,

histriônica e obsessivo - compulsiva. Não houve diferença significativa ao considerar-se traços de personalidade por tipo de cirurgia. Os autores apontaram a importância da triagem psicológica em cirurgia plástica tanto para evitar procedimentos desnecessários como para aumentar a satisfação dos resultados após uma cirurgia plástica.

DA SILVA & PÓVOA (2017) verificaram a influência dos traços de personalidade, especialmente o Neuroticismo, nos níveis de ansiedade e agressividade em 113 indivíduos (49 do sexo masculino e 64 do sexo feminino, com idade variando de 18 a 57 anos, distribuídos em dois grupos [clínico (n=65) e não clínico (n=48)]. Como critério de distribuição dos grupos utilizou-se o escore obtido no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Foram utilizados os seguintes instrumentos: IGFP-5 e o STAXI-2. A coleta de dados ocorreu em duas universidades públicas federais, nas capitais Maceió e Belo Horizonte (grupo não clínico), e em clínicas-escola e particulares na capital Maceió (grupo clínico). Concluíram que, o Neuroticismo (IGFP-5) correlacionou-se positivamente com a ansiedade (BAI), com aspectos de agressividade (STAXI-2) e principalmente, de modo inverso, com o controle de resposta agressiva (agressividade para fora e para dentro, do STAXI-2), o que podia estar relacionado com a incapacidade no controle inibitório, segundo os autores. A média geral encontrada no IGFP-5 para Neuroticismo foi 25,40. O traço neuroticista elevado podia levar o indivíduo à tensão, ansiedade e impaciência, o que poderia predispor-lo a canalizar a sua ansiedade em um tipo de sucesso compulsivo, ou então permitir que a ansiedade o levasse à imprudência. O grupo clínico revelou escores mais altos nos aspectos avaliados. Os resultados revelaram correlação positiva entre ansiedade e traço de personalidade Neuroticismo e as subescalas de raiva. Verificou-se ainda

correlação positiva entre Neuroticismo e sentimento de raiva; vontade de expressar raiva verbalmente e vontade de expressar raiva fisicamente. Constatou-se assim que, ansiedade e Neuroticismo estão positivamente relacionados com o índice de expressão de raiva. Em correlação com os critérios de agressividade (estado de raiva, vontade de expressar raiva verbalmente, vontade de expressar raiva fisicamente, expressão de raiva para fora, expressão de raiva para dentro e índice de expressão de raiva), o traço Neuroticista apresentou maior nível de influência principalmente em indivíduos que apresentam certa dificuldade em controlar a raiva, ou seja, naqueles com maior predisposição a expressar sua raiva (tanto para fora, voltada ao ambiente, por meio de comportamentos hostis, ou até por uma agressão física ou verbal, por exemplo, quanto para dentro, por meio de autopunição, sentimento de culpa, comiseração etc.). A maior relação entre o traço Neuroticista e a ansiedade, em detrimento dos demais traços base da personalidade (Conscienciosidade, Abertura, Amabilidade e Extroversão) e dentro da fundamentação teórica dos cinco grandes traços de personalidade, também foi constatada na literatura, o que ocorria provavelmente pelo fato de que, esse traço, estaria claramente associado à instabilidade emocional.

SCHARSCHMIDT *et al.* (2018) investigaram a imagem corporal, os traços de personalidade, a qualidade de vida e os parâmetros socioeconômicos de 145 mulheres, que viviam na cidade de Berlim ocidental, e se submeteram a procedimentos minimamente invasivos de rejuvenescimento facial, como a toxina botulínica e/ou preenchimentos, numa clínica de dermatologia, comparando os resultados com a população geral alemã. A maioria da casuística era composta por mulheres (96%) e apenas elas foram incluídas na análise. Na casuística inicial havia 151

pacientes de ambos os sexos (76% da casuística total, n=200). Todas as pacientes já tinham realizado anteriormente os mesmos procedimentos estéticos faciais. Os autores utilizaram os instrumentos *World-Health-Organization Quality of Life-Short Form (WHOQOL-BREF)*, *Big Five Inventory-10 (10-Item BFI)* e *BDDQ*, antes do tratamento. As pacientes tinham média de idade de 50 anos, eram casadas, tinham curso superior e trabalhavam, com ganho mensal acima de 2.600 euros (€). Revelaram boa qualidade de vida, especialmente a qualidade de vida relacionada à saúde, e baixo IMC, quando comparadas ao controle. De acordo com os autores, o nível socioeconômico elevado das pacientes refletiu na medida global de boa saúde e qualidade de vida. Quando comparadas ao controle, pontuaram escores altos para traços de personalidade de Extroversão, Amabilidade, Abertura à experiência e Neuroticismo, à exceção do traço de Conscienciosidade. Assim, as pacientes mostraram-se mais abertas à experiência, mais extrovertidas, mais amáveis, mas também mais sensíveis a experiências emocionais negativas (mais neuróticas). As pacientes com mais de 61 anos apresentaram-se mais neuróticas e abertas à experiência. Valores significativamente mais altos para Amabilidade, Abertura para experiências e Extroversão seriam considerados positivos, socialmente desejados e traços de personalidade de proteção. Os autores concluíram que as pacientes diferiram do controle por apresentarem um nível mais alto de qualidade de vida e não mostraram sintomas dismórficos corporais, ou traços doentes de personalidade.

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo primário, observacional, longitudinal, prospectivo, analítico realizado no Setor de Mama da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM), que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo CAAE 55835016.0.0000.5505, sob parecer nº 1.577.751 (Apêndice 1), CEP 0599/2016.

Foram observadas e seguidas as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

4.2 Casuística

Foram selecionadas consecutivamente, no Ambulatório do Hospital São Paulo, no Setor de Mama da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP/EPM, entre março de 2016 e maio de 2017, um total de 40 mulheres com hipomastia que desejavam submeter-se à mastoplastia de aumento.

Foram considerados os seguintes critérios de elegibilidade:

Critérios de Inclusão:

- Pacientes do sexo feminino;
- Idade entre 18 e 50 anos;
- Índice de Massa Corporal (IMC) ≤ 25 Kg/m²;

- Apresentando mamas de tamanho pequeno: índice de SACCHINI < 9cm;
- Sem comorbidades(aguda, recidivante ou crônica);
- Desejo de se submeter à mamoplastia de aumento;
- Ensino fundamental completo.

Critérios de Não Inclusão:

- Pacientes com hipomastia unilateral;
- Pacientes com cirurgias prévias nas mamas
- Uso de medicação diária para controle de doença crônica ou sintomas pré-existentes;
- Deformidades físicas como resultado de obesidade e cirurgia bariátrica, tumores e outras condições;
- Gestação, parto ou lactação há menos de um ano;
- Tabagistas;
- Alterações psicológicas no momento da entrevista, não sendo capazes de compreender e responder aos instrumentos do protocolo;

Critérios de Exclusão:

- Gestação;
- Desistência na participação do estudo em andamento;
- Pacientes que não retornarem às avaliações no pós-operatório ou não preencherem todos os questionários.

As pacientes tiveram suas mamas examinadas e avaliadas objetivamente utilizando-se o critério de SACCHINI *et al.* (1991). Os autores utilizaram a média entre duas distâncias para classificar o tamanho da mama entre o mamilo e o sulco inframamário e entre o mamilo e a

margem lateral do esterno. A mama foi classificada, segundo a média entre as distâncias, em pequena (média < 9cm), média (9cm < média < 11cm) e grande (média > 11cm). Essa classificação foi observada para cada mama individualmente.

A figura 1 ilustra as medidas tomadas para o cálculo do índice de SACCHINI *et al.* (1991).

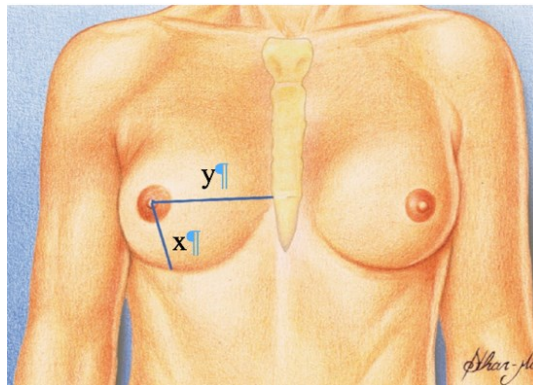


Figura 1 – Medidas lineares realizadas a partir da papila mamária.

X = medida da papila até sulco inframamário. Y = medida da papila até margem lateral do esterno.

Segundo essa classificação:

$$\frac{X + Y}{2} \begin{cases} < 9 & \text{Mama Pequena} \\ 9 - 11 & \text{Mama Média} \\ > 11 & \text{Mama Grande} \end{cases}$$

Todas as pacientes foram submetidas à avaliação clínica pré-operatória através de exame físico, laboratorial e radiológico (mamografia

e/ou ultrassonografia) e à avaliação psicológica por meio de entrevista clínica estruturada e acompanhamento de questionários autoadministrados por uma psicóloga.

O procedimento cirúrgico realizado foi a mamoplastia de aumento com inclusão de implante mamário bilateralmente.

As pacientes selecionadas foram convidadas a participar do estudo e informadas sobre a pesquisa. Aquelas que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) e foram incluídas no estudo.

4.3 Tamanho da casuística

Com base nas informações obtidas num estudo piloto de 10 pacientes foi necessária uma casuística de 40 pacientes para se detectar diferenças de médias de BDSS em três instantes de tempo (pré, dois e meses após a mamoplastia) com um poder de 90% na Análise de Variâncias com medidas repetidas (teste F com correção de Geisser-Greenhouse) a um nível de significância de 5%. Para tanto, admitiu-se um desvio padrão das médias entre tempos de 0,47 (tamanho do efeito de 0,56). Este tamanho de casuística permite identificar diferenças de médias de IGFP 5 - Conscienciosidade (tamanho do efeito de 0,54) e de Neuroticismo (tamanho do efeito de 0,59), respectivamente com poderes de 86% e de 91% a um nível de significância de 5% empregando-se o mesmo teste estatístico. Adicionalmente, permite observar diferenças de porcentagens de presenças de TDC-SCID-I de 30% entre a primeira avaliação e a última avaliação via teste de McNemar com um poder de 84%, sendo admitido para tal, uma porcentagem de 60% de casos discordantes (TABELA 1).

Tabela 1 – Características do estudo piloto

	Momentos de avaliação		
	Pré	2 meses PO	4 meses PO
IGFP-5, média ± DP			
Abertura	34,4 ± 4,4	35,6 ± 6,2	34,7 ± 5,0
Conscienciosidade	30,7 ± 4,9	29,1 ± 5,1	28,5 ± 3,4
Amabilidade	14,3 ± 1,3	13,5 ± 1,7	13,4 ± 1,6
Neuroticismo	15,5 ± 4,1	14,8 ± 4,2	18,3 ± 3,6
Extroversão	26,1 ± 8,4	28,6 ± 8,3	26,9 ± 8,2
BDSS, média ± DP	3,8 ± 1,4	2,7 ± 1,9	2,8 ± 1,9
Presença de TDC-SCID-I, N(%)	5/10 (50,0)	2/10 (20,0)	2/10 (20,0)

N=10.

4.4 Avaliação

As pacientes preencheram um formulário para coleta de dados demográficos e clínicos, registrando informações específicas (Apêndice 3).

Foi realizada uma entrevista clínica para diagnóstico de transtorno dismórfico corporal (TDC) por meio do *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) por uma psicóloga. Foram ainda autoadministrados dois instrumentos que avaliaram traços de personalidade (Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade (IGFP-5) e sintomas de TDC (Escala de Sintomas da Dismorfia Corporal – UNIFESP/EPM (BDSS-UNIFESP/EPM), em três momentos: no pré-operatório e após dois e quatro meses da cirurgia (Anexos 1 e 2). O ambiente era tranquilo, com boa iluminação, temperatura adequada e na presença da mesma psicóloga, bem como do autor do estudo. O tempo total de aplicação foi de aproximadamente 30 minutos.

Abaixo, estão descritos os instrumentos de avaliação.

4.4.1 *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I)

A SCID-I é uma entrevista clínica estruturada para transtornos do Eixo I do DSM-IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994). Trata-se de uma entrevista padrão para verificação de diagnósticos psiquiátricos, amplamente usada em pesquisa psiquiátrica. Pode-se utilizar somente os módulos de maior interesse diagnóstico (FIRST *et al.*, 1998). Para este estudo foi utilizado o módulo para TDC.

4.4.2 Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade (IGFP-5)

O IGFP-5 foi traduzido e validado no Brasil por ANDRADE em 2008.

É composto por 32 itens estruturados em sentenças simples e respondidos em uma escala de respostas do tipo Likert de cinco pontos (1= discordo totalmente até 5= concordo totalmente). Os 32 itens estão divididos em cinco fatores (Abertura à Experiência: itens 9, 11, 13, 25, 33, 35, 39, 43*, 44; Conscienciosidade: itens 4, 6, 17*, 19*, 22*, 38*; Amabilidade: itens 8, 15, 18; Neuroticismo: itens 10, 14*, 21*, 23*, 34, 36; Extroversão: itens 1, 5, 12*, 16*, 26, 29, 37, 42*). Os itens que estão com asterisco (*) deverão ter seu resultado invertido, pois são considerados itens com sentido negativo. [5 = 1; 4=2; 3=3; 2=4; 1=5] (ANDRADE, 2008).

4.4.3 Escala de Sintomas da Dismorfia Corporal - UNIFESP/EPM (BDSS – UNIFESP/EPM)

A BDSS – UNIFESP/EPM é um instrumento de autoavaliação, composto por dez itens, que identifica de forma objetiva e rápida a presença de características psicopatológicas do TDC, em indivíduos que apresentam excessiva preocupação e angústia em relação à aparência física e buscam a cirurgia plástica. A escala foi desenvolvida por PERUGI *et al.* (1997) e foi validada no Brasil em uma população de cirurgia plástica (RAMOS *et al.*, 2016).

Nesta escala, escores maiores indicam a presença de características psicopatológicas associadas à insatisfação com a imagem corporal e sintomas de TDC. Um ponto de corte de ≥ 6 para a BDSS foi determinado e foi associado a uma sensibilidade 100% e especificidade de 86% (RAMOS *et al.*, 2016).

Para a classificação das profissões utilizou-se a Escala de Hollingshead (HOLLINGSHEAD, 1975) (Anexo 3).

4.5 Mamoplastia de Aumento

Todas as pacientes foram submetidas à mamoplastia de aumento no centro cirúrgico do HSP e foram avaliadas no ambulatório aos 60 e 120 dias de pós-operatório.

A duração média das cirurgias foi de uma hora e trinta minutos (Apêndice 4). As pacientes permaneceram internadas entre 18 e 24 horas após o término da cirurgia.

Não houve intercorrências transoperatórias nem no período pós-operatório imediato.

Duas pacientes foram reoperadas, após o término do estudo. Em uma das pacientes observou-se alteração no posicionamento bilateral dos implantes (ascensão dos implantes) e em uma outra paciente essa mesma intercorrência ocorreu apenas na mama direita.

4.6 Descrição da casuística

Foram analisadas as informações de 36 pacientes. A média de idade foi de 28,1 anos (DP=6,2 anos), sendo observada uma idade mínima de 19 anos e máxima de 42 anos.

Quatro pacientes foram excluídas do estudo. As pacientes de números 4 e 6 desistiram da cirurgia. A paciente de número 9 não preencheu de forma adequada um dos instrumentos no pré-operatório (as respostas aos itens eram todas iguais) e no pós-operatório de dois meses não respondeu à maioria dos itens do IGFP-5. Já a paciente de número 40 engravidou durante o estudo.

Observou-se que 44,4% das pacientes era da raça branca, 66,7% era solteira, 63,9% tinha, ou frequentava, o curso superior e 55,6% não tinha filhos. Notou-se ainda que 66,7% era da religião católica, 36% estudantes e 66,7% revelou início de insatisfação com a aparência ainda na fase da adolescência (TABELA 2).

Tabela 2 – Distribuição das pacientes por características demográficas e clínicas no pré-operatório

	N	%
Raça	36	100,0
Branca	16	44,4
Negra	5	13,9
Parda	12	33,3
Amarela	3	8,3
Estado civil	36	100,0
Solteira	24	66,7
Casada	11	30,6
Divorciada	1	2,8
Nº de filhos	36	100,0
0	20	55,6
1	9	25,0
2	6	16,7
3	1	2,8
Religião	36	100,0
Católica	24	66,7
Evangélica	8	22,2
Espírita	2	5,6
Ateu	1	2,8
Outra	1	2,8
Escolaridade	36	100,0
Médio	13	36,1
Superior	23	63,9
Profissão	36	100,0
Executivas e profissionais liberais	1	2,8
Gerentes ou proprietárias de empresa média, profissionais médios	4	11,1
Cargos administrativos (sem curso superior), gerente ou proprietária de pequena empresa	3	8,3
Nível técnico, ofício religioso, vendas, bancária, secretária, etc.	1	2,8
Curso profissionalizante	1	2,8
Semi-especializada	9	25,0
Não especializada	4	11,1
Estudante	13	36,1
Início da insatisfação	36	100,0
Adolescência	24	66,7
Adulta	12	33,3

4.7 Análise Estatística

Para as variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas e relativas e para as variáveis numéricas, medidas-resumo (média, quartis, mínimo, máximo e desvio padrão).

As consistências internas dos itens do IGFP-5 foram avaliadas por meio do alpha de Cronbach. O alpha de Cronbach é um coeficiente de confiabilidade (ou consistência) que mensura o quão bem um conjunto de itens mede um único constructo latente, cujo valor depende do número de itens e da média das correlações entre os itens, não sendo considerado um teste estatístico. Quanto maior o número de itens, ou quanto maior for a média das correlações entre os itens, maior será o valor de alpha de Cronbach, variando normalmente entre zero e um. Entretanto, não há limite inferior para esse coeficiente. Quanto mais próximo de um, maior será a consistência entre os itens de uma escala.

A comparação das porcentagens de camuflagem e tempo gasto com imagem ao longo do tempo foi realizada empregando-se o teste não-paramétrico Q de Cochran. Já a comparação das médias dos números de partes do corpo de insatisfação foi via teste não-paramétrico de Friedman devido à não normalidade na distribuição. Em ambos os testes, em se detectando diferenças, as identificações dos momentos que apresentavam porcentagens ou médias distintas foram realizadas via comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni para se manter o nível de significância global.

A Análise de Variâncias (ANOVA) com Medidas Repetidas foi empregada para a comparação de médias dos escores ao longo dos três momentos de avaliação. A ANOVA tem como um dos pressupostos, a

normalidade nos dados, a qual foi verificada via teste de Kolmogorov-Smirnov. Em se verificando diferenças de médias, foram utilizados os contrastes com correção de Bonferroni para identificar os instantes de tempo que apresentaram as diferenças.

Para se avaliar os efeitos das características demográficas e clínicas (variáveis preditoras) sobre o comportamento dos escores de IGFP-5 e BDSS ao longo do tempo foram empregados os modelos de Equações de Estimação Generalizadas (GEE), com função de ligação identidade e distribuição marginal normal. A abordagem por GEE, que consiste numa generalização de modelos lineares generalizados, permite a incorporação da dependência entre as observações de um mesmo indivíduo resultante das medidas repetidas realizadas ao longo do tempo. Já para se avaliar os efeitos das variáveis preditoras sobre o TDC ao longo dos momentos de avaliação também foi empregado o GEE, porém com função de ligação logito e distribuição marginal binomial.

Devido ao grande número de variáveis preditoras frente ao tamanho da casuística, foram selecionadas para os modelos multivariados iniciais as variáveis cujas associações com a variável dependente foram significantes a 20% na análise univariada. Em seguida as variáveis não significantes a 5% foram excluídas uma a uma por ordem de significância (método *backward*), exceto tempo e efeitos principais cuja interação com o tempo foram significantes a 5%.

Para todos os testes estatísticos foi adotado um nível de significância de 5%.

Os modelos GEE foram estimados utilizando-se o STATA 12. Para as demais análises empregou-se o software estatístico SPSS 20.0. Para esses

cálculos do tamanho da casuística foi utilizado o software estatístico PASS 2008 (Power Analysis and Sample Size System) – NCSS.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Observaram-se mudanças nas porcentagens de tempo gasto com a aparência física ($p < 0,001$) e estratégias de camuflagem ($p < 0,001$), bem como de médias do número de partes específicas do corpo que incomodavam às pacientes (regiões de insatisfação corporal) ($p < 0,001$), ao longo do tempo. Para todas essas variáveis, a porcentagem ou média do pré-operatório foi superior às medias do pós-operatório de dois e quatro meses, similares entre si (Tabela 3).

Tabela 3 – Tempo gasto com a aparência e uso de camuflagem em frequência absoluta e relativa, e média do número de partes do corpo que causavam incômodo, segundo momentos de avaliação

	Momentos de avaliação			P
	Pré	2 meses PO	4 meses PO	
Tempo gasto (horas), N(%)				<0,001
Até 3 horas	20 (55,6)	34 (94,4)	33 (91,7)	
Mais que 3 horas	16 (44,4) ^A	2 (5,6) ^B	3 (8,3)	
Camuflagem, N(%)				<0,001
Não	3 (8,3)	25 (69,4)	32 (88,9)	
Sim	33 (91,7) ^A	11 (30,6) ^B	4 (11,1) ^B	
Partes do corpo, média \pm DP	1,8 \pm 0,8 ^A	0,7 \pm 0,9 ^B	0,4 \pm 0,6 ^B	<0,001 ^a

p - nível descritivo do teste Q de Cochran ou de Friedman^(a).

(A) e (B) apresentam médias distintas segundo comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni.

A tabela 4 mostra a distribuição das mulheres por transtorno dismórfico corporal (TDC), segundo entrevista diagnóstica do *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I), tempo gasto com a aparência física em horas, uso de estratégias de camuflagem e número de regiões de insatisfação corporal ao longo do tempo.

Tabela 4 – Distribuição das pacientes por TDC (SCID-I), tempo gasto (horas) com a imagem, camuflagem e partes do corpo que causavam incômodo, segundo momentos de avaliação

	Momento de Avaliação					
	Pré		2 meses PO		4 meses PO	
	N	%	N	%	N	%
TDC-SCID-I/P	36	100,0%	36	100,0%	36	100,0%
Não	11	30,6%	25	69,4%	27	75,0%
Sim	25	69,4%	11	30,6%	9	25,0%
Tempo gasto (horas) com a imagem	36	100,0%	36	100,0%	36	100,0%
Até 3 horas	20	55,6%	34	94,4%	33	91,7%
Mais que 3 horas	16	44,4%	2	5,6%	3	8,3%
Camuflagem	36	100,0%	36	100,0%	36	100,0%
Não	3	8,3%	25	69,4%	32	88,9%
Sim	33	91,7%	11	30,6%	4	11,1%
Partes do corpo	36	100,0%	36	100,0%	36	100,0%
0	0	0,0%	19	52,8%	22	61,1%
1	15	41,7%	12	33,3%	12	33,3%
2	15	41,7%	3	8,3%	2	5,6%
3	5	13,9%	2	5,6%	0	0,0%
4	1	2,8%	0	0,0%	0	0,0%

A tabela 5 apresenta as medidas-resumo dos escores de traços de personalidade, segundo o Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade (IGFP-5), e dos sintomas de TDC pela Escala de Sintomas da Dismorfia Corporal – UNIFESP/EPM (BDSS – UNIFESP/EPM), nos três momentos de avaliação.

Tabela 5 – Medidas-Resumo de IGFP-5 e BDSS-UNIFESP-EPM

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N
IGFP-5								
Abertura								
Pré	33,5	4,8	24,0	43,0	30,3	34,0	37,0	36
PO - 2 meses	33,6	5,3	21,0	43,0	30,3	34,0	37,8	36
PO - 4 meses	32,6	5,0	22,0	41,0	29,0	33,0	37,0	36
Conscienciosidade								
Pré	31,6	4,7	21,0	40,0	28,0	32,0	35,8	36
PO - 2 meses	29,0	4,9	20,0	39,0	24,5	28,5	32,8	36
PO - 4 meses	29,5	4,3	22,0	39,0	26,3	29,0	32,8	36
Amabilidade								
Pré	14,2	1,3	10,0	15,0	13,3	15,0	15,0	36
PO - 2 meses	13,8	1,3	10,0	15,0	13,0	14,0	15,0	36
PO - 4 meses	13,8	1,8	7,0	15,0	13,0	15,0	15,0	36
Neuroticismo								
Pré	15,9	4,3	8,0	26,0	12,3	16,5	19,0	36
PO - 2 meses	16,0	4,5	8,0	27,0	13,3	15,0	19,8	36
PO - 4 meses	17,3	4,4	6,0	25,0	15,3	18,0	20,8	36
Extroversão								
Pré	28,5	6,1	9,0	39,0	26,0	28,0	32,8	36
PO - 2 meses	28,9	5,8	8,0	38,0	26,3	30,0	32,0	36
PO - 4 meses	29,6	6,1	9,0	37,0	27,0	31,0	33,8	36
BDSS								
Pré	5,0	1,8	1,0	9,0	3,0	6,0	6,0	36
PO - 2 meses	2,6	2,0	0,0	8,0	1,0	2,0	4,0	36
PO - 4 meses	2,2	2,1	0,0	8,0	0,0	2,0	4,0	36

De acordo com a tabela 6 e figuras 2 a 4, ao longo dos momentos de avaliação, observaram-se diferenças de médias no traço Conscienciosidade (IGFP-5) ($p < 0,001$) e nos sintomas de TDC (BDSS-UNIFESP/EPM) ($p < 0,001$), assim como de porcentagens do diagnóstico de TDC (SCID-I) ($p < 0,001$). Dessa forma, as médias de Conscienciosidade e sintomas de TDC no pré-operatório foram superiores às médias nos dois momentos do pós-operatório, similares entre si. Padrão semelhante foi identificado para a porcentagem de diagnóstico de TDC.

Tabela 6 – Escores de IGFP-5, BDSS-UNIFESP/EPM e SCID-I por momentos de avaliação

	Momentos de avaliação			P
	Pré	2 meses PO	4 meses PO	
IGFP-5, média ± DP				
Abertura	33,5 ± 4,8	33,6 ± 5,3	32,6 ± 5,0	0,402
Conscienciosidade	31,6 ± 4,7 ^A	29,0 ± 4,9 ^B	29,5 ± 4,3 ^B	<0,001
Amabilidade	14,2 ± 1,3	13,8 ± 1,3	13,8 ± 1,8	0,354
Neuroticismo	15,9 ± 4,3	16,0 ± 4,5	17,3 ± 4,4	0,138
Extroversão	28,5 ± 6,1	28,9 ± 5,8	29,6 ± 6,1	0,305
BDSS, média ± DP	5,0 ± 1,8 ^A	2,6 ± 2,0 ^B	2,2 ± 2,1 ^B	<0,001
TDC-SCID-I, N(%)				<0,001 ^a
Não	11 (30,6)	25 (69,4)	27 (75,0)	
Sim	25 (69,4) ^A	11 (30,6) ^B	9 (25,0) ^B	

p - Nível descritivo do efeito de tempo da ANOVA com medidas repetidas ou GEE^(a)
(A) e (B) apresentam médias distintas segundo contrastes com correção de Bonferroni.

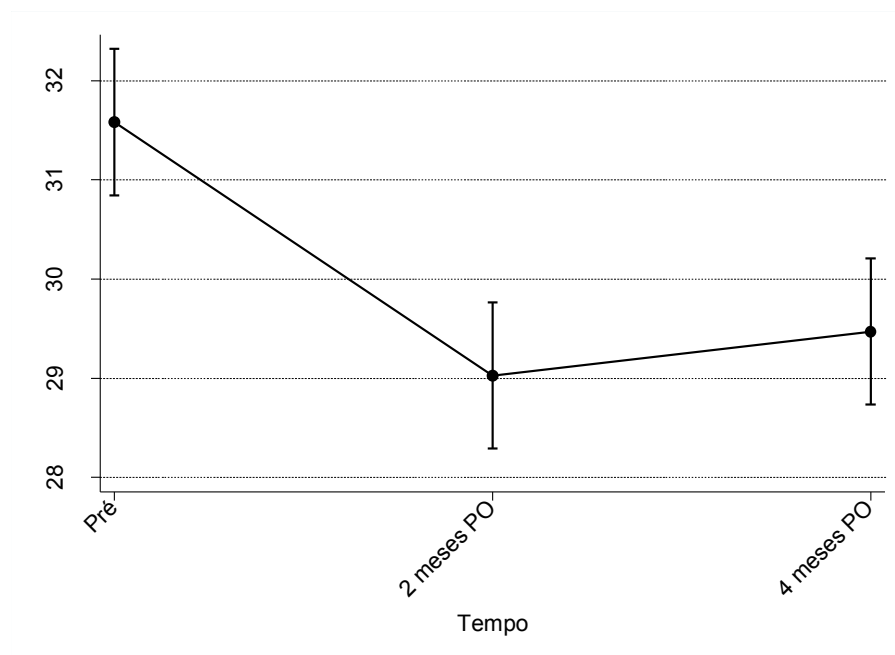


Figura 2 – Média e respectivo intervalo de Confiança de 95% para Conscienciosidade (IGFP-5) por instantes de avaliação.

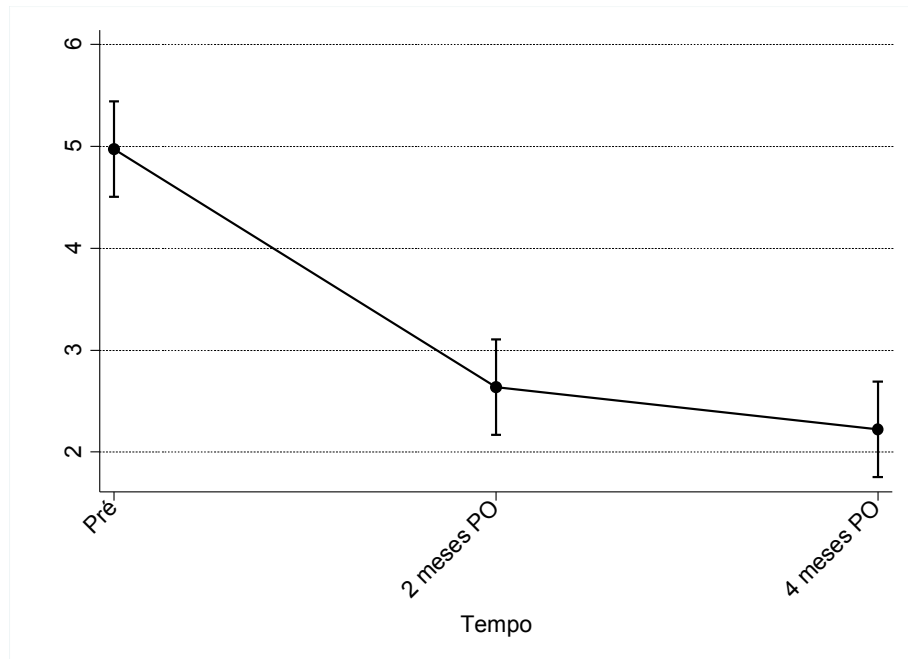


Figura 3 – Média e respectivo intervalo de Confiança de 95% para sintomas de TDC (BDSS-UNIFESP/EPM) por instantes de avaliação.

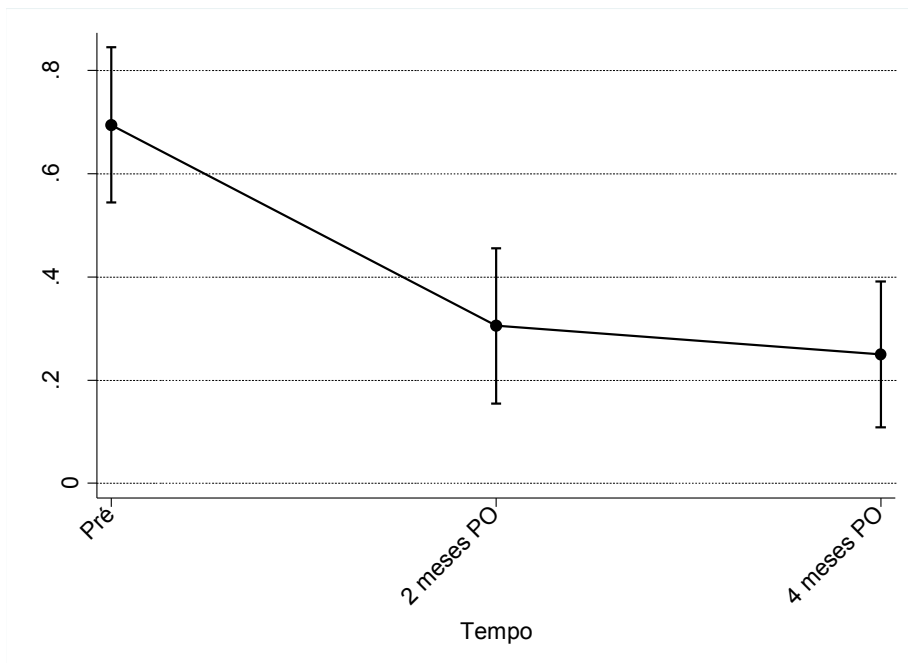


Figura 4 – Porcentagem de TDC (SCID-I) e respectivo intervalo de Confiança de 95% por instantes de avaliação.

A seguir, foram ajustadas as regressões univariadas via modelos de equações de estimação generalizadas (GEE). No modelo GEE para TDC, os coeficientes exponenciados são interpretados como razão de chances. A chance consiste no quociente entre a probabilidade de um paciente apresentar um determinado evento (neste estudo, TDC) e a probabilidade de não apresentar tal condição.

Efeitos das características demográficas e clínicas nos traços de personalidade, sintomas do TDC e diagnóstico de TDC, ao longo do tempo:

A idade foi significativa para Amabilidade ($p=0,042$) e Neuroticismo ($p=0,036$) (IGFP-5). Dessa forma, de uma forma geral, quanto maior a idade, maior o escore de Amabilidade (0,08 pontos a mais a cada aumento de um ano de idade, em média) e menor o escore de Neuroticismo (0,24 pontos a menos a cada aumento de um ano de idade, em média) (Tabela I) (Apêndice 5).

Observaram-se evoluções distintas de Conscienciosidade por raça ($p=0,020$) (IGFP-5). Considerando-se a combinação dos coeficientes associados ao pós-operatório de dois meses e de interação entre tempo e raça, notou-se que as mulheres brancas tiveram uma redução nesse escore (3,44, em média; $p<0,001$). As mulheres negras e amarelas tiveram adicionalmente ao efeito tempo um aumento no escore (3,04 e 4,10; $p=0,030$ e $p=0,017$, respectivamente), acarretando uma manutenção nos níveis desse escore do pré para os dois meses de pós-operatório. As mulheres pardas tiveram evolução similar à das mulheres brancas. Já para sintomas de TDC (BDSS -UNIFESP/EPM) identificou-se, em mulheres

amarelas, uma redução adicional do pré aos dois meses de pós-operatório (2,46 pontos, em média; $p=0,019$) à redução das mulheres brancas nesse período (Tabela II) (Apêndice 5).

A figura 5 ilustra a evolução de Conscienciosidade (IGFP-5) por raça.

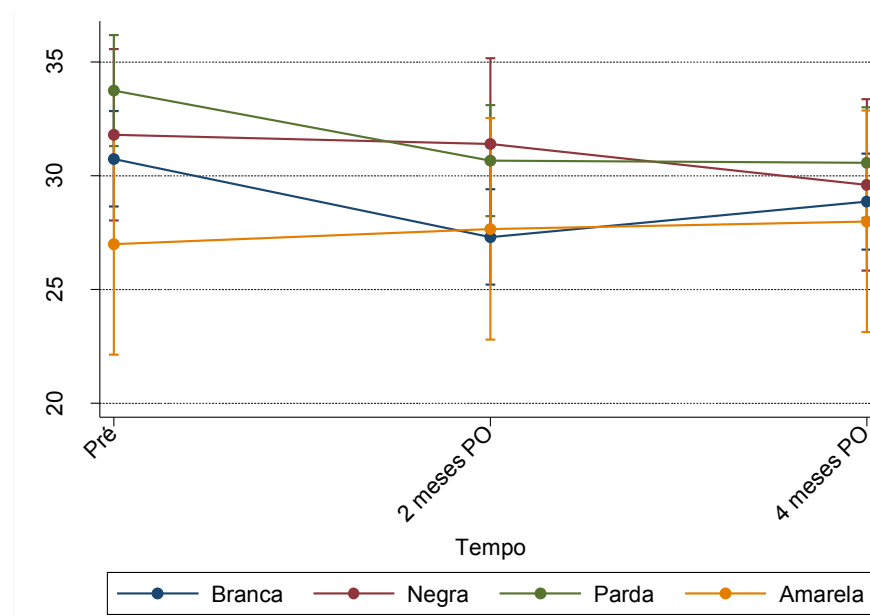


Figura 5 – Média e respectivo intervalo de confiança de 95% para Conscienciosidade (IGFP-5) por raça e momentos de avaliação.

O estado civil foi significativo para Conscienciosidade (IGFP-5) ($p=0,003$). Dessa forma, de uma forma geral, as mulheres casadas apresentaram escore maior (4,53 pontos, em média), comparativamente às solteiras e divorciadas (Tabela III) (Apêndice 6).

O número de filhos foi significativo para Neuroticismo (IGFP-5) ($p=0,031$). Assim, quanto maior for o número de filhos, menor é o escore nesse traço (1,77 pontos a menos a cada um filho, em média). Considerando-se a Amabilidade, observou-se que quanto maior é o número

de filhos, maior é a sua redução (0,78 pontos, em média; $p=0,028$) do pré aos quatro meses de pós-operatório (Tabela IV) (Apêndice 6).

As interações entre religião e tempo não se mostraram significantes ($p=0,057$). Observou-se que, para Abertura (IGFP-5), o grupo das mulheres ateias, ou demais religiões, apresentou evolução distinta das mulheres católicas aos quatro meses de pós-operatório ($p=0,019$). Essas mulheres apresentaram uma redução no escore do pré aos quatro meses de pós-operatório (6,38 pontos, em média). Já para os sintomas do TDC (BDSS-UNIFES/EPM), observou-se que as mulheres evangélicas apresentaram uma redução adicional de dois pontos do pré-operatório aos dois meses de pós-operatório ($p<0,001$) comparativamente à redução verificada para as mulheres católicas (1,92 pontos a menos, em média) (Tabela V) (Apêndice 7).

Considerando-se a escolaridade, verificaram-se evoluções distintas para Extroversão (IGFP-5) ($p=0,023$) e TDC ($p=0,012$) do pré aos dois meses de pós-operatório para as mulheres com nível médio de escolaridade. Notou-se uma redução maior de Extroversão (IGFP-5) (3,02 pontos, a menos, em média) e uma chance maior de TDC do pré para dois meses de pós-operatório (5,46 pontos, em média) comparativamente às mulheres com nível superior de escolaridade (Tabela VI) (Apêndice 7).

As figuras 6 e 7 ilustram a evolução da Extroversão (IGFP-5) e do TDC por escolaridade.

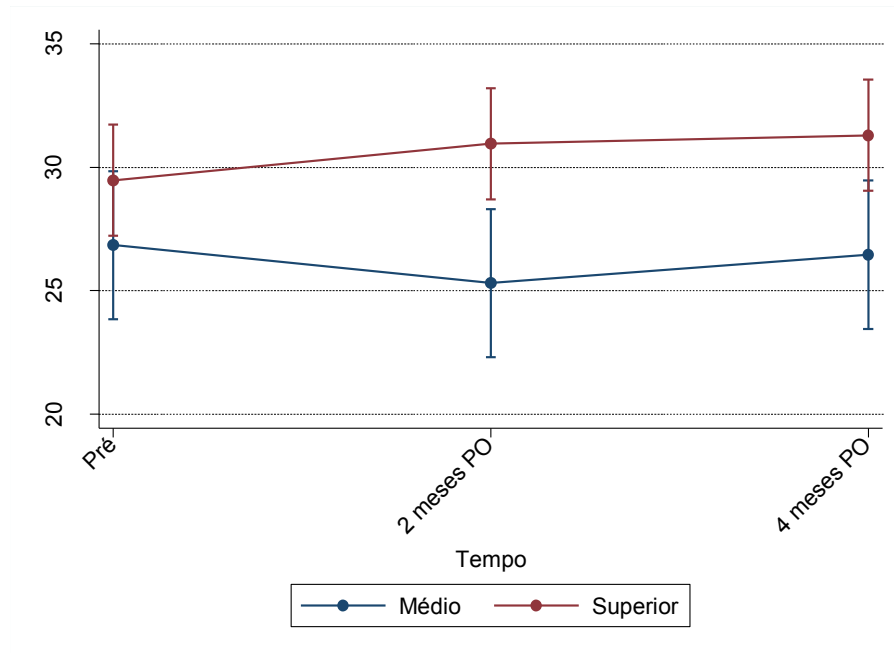


Figura 6 – Média e respectivo intervalo de confiança de 95% para Extroversão (IGFP-5) por escolaridade e momentos de avaliação.

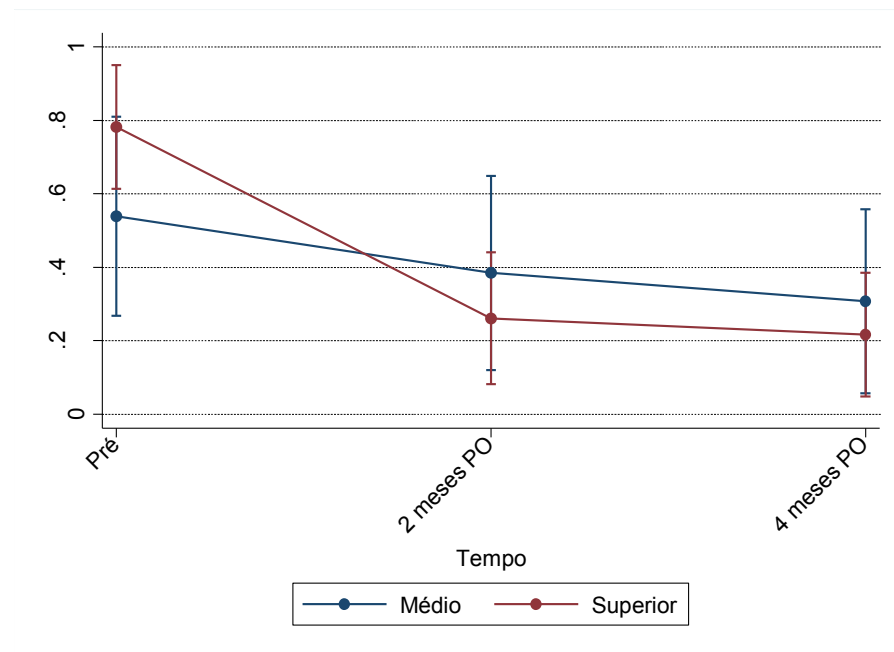


Figura 7 – Porcentagem de TDC e respectivo intervalo de confiança de 95% por escolaridade e momentos de avaliação.

A profissão foi significativa apenas para Neuroticismo (IGFP-5) ($p=0,025$). Observou-se que os níveis desse escore em mulheres com profissão de nível técnico, ofício religioso, vendas, bancário, secretária, etc./curso profissionalizante/semi-especializado (G2) e não especializado (G3) foram menores (4,19 pontos e 5,21 pontos, em média) do que os das estudantes. Não houve diferenças nos níveis desse escore entre as pacientes com cargos de altos executivos e profissionais liberais/gerentes ou proprietários de empresa média, profissionais médios/cargos administrativos (sem curso superior)/gerente ou proprietário de pequena empresa (G1) e estudantes (Tabela VII) (Apêndice 8).

O início da insatisfação com a aparência física não foi significativa em nenhum dos modelos (Tabela VIII) (Apêndice 8).

O tempo gasto com a imagem, ou aparência física, foi significativa para Conscienciosidade (IGFP-5) ($p=0,044$). As mulheres que gastaram mais tempo com a aparência física apresentaram, em média, escore maior de Conscienciosidade (1,84 pontos). As mulheres que dispenderam mais do que três horas revelaram variações de Neuroticismo (IGFP-5) distintas daquelas que gastaram menos tempo com a imagem ($p=0,046$). As mulheres que gastaram pouco tempo não apresentaram mudanças no pós-operatório ($p=0,263$) e aquelas que gastaram mais tempo com a imagem mostraram um aumento desse escore (pouco mais de cinco pontos, em média) após a mamoplastia (Tabela IX) (Apêndice 9).

Considerando-se o uso de estratégias de camuflagem e os sintomas do TDC (BDSS-UNIFESP/EPM), as mulheres apresentaram evolução distinta ($p=0,022$). Enquanto que as mulheres que não faziam uso de camuflagem para esconder o tamanho da mama (uso de soutien de enchimento) tiveram uma redução nos sintomas de TDC (BDSS-

UNIFESP/EPM) do pré para o pós-operatório (3,78 pontos e 3,93 pontos, em média, respectivamente aos dois e quatro meses da cirurgia; $p < 0,001$), as mulheres que faziam uso da camuflagem permaneceram em níveis iguais, uma vez que apresentaram adicionalmente à redução no escore no grupo das que não faziam uso de camuflagem, aumentos (2,64 e 3,11 pontos, em média; $p = 0,009$ e $p = 0,012$, respectivamente) (Tabela X) (Apêndice 9).

A figura 8 ilustra a evolução de sintomas do TDC (BDSS-UNIFESP/EPM) por camuflagem.

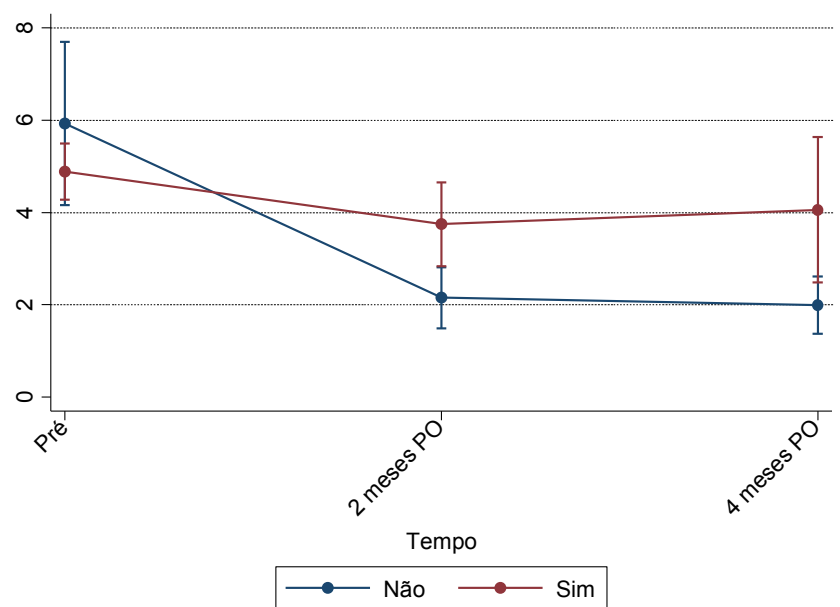


Figura 8 – Média e respectivo intervalo de confiança de 95% para sintomas de TDC (BDSS-UNIFESP/EPM) por camuflagem e momentos de avaliação.

Identificaram-se comportamentos distintos do escore de Conscienciosidade ($p=0,037$), Amabilidade ($p=0,003$) (IGFP-5) e sintomas de TDC (BDSS-UNIFESP/EPM) do pré aos quatro meses de pós-operatório, considerando-se o número de partes do corpo de insatisfação. Observou-se uma redução adicional do pré para os quatro meses de pós-operatório em Conscienciosidade (1,99 pontos a menos a cada aumento de uma parte do corpo adicional que causava desconforto, em média) e em Amabilidade (1,30 pontos a menos a cada aumento de uma parte do corpo adicional que causava incômodo, em média). Já para os sintomas do TDC, segundo o BDSS-UNIFESP/EPM, o aumento do escore do pré para os quatro meses de pós-operatório revelou-se maior conforme aumentava o número de partes do corpo que incomodavam (1,70 pontos a mais a cada aumento de uma parte do corpo adicional que causava incômodo, em média). Do pré-operatório aos dois meses da mamoplastia, observou-se uma chance maior de TDC a cada aumento de um incômodo com alguma parte do corpo (4,14 vezes maior; $p=0,006$), comparando-se às mulheres sem regiões do corpo que causavam incômodo (Tabela XI) (Apêndice 10).

A seguir foram ajustados os modelos multivariados para cada um dos escores e TDC, visando ao controle de variáveis preditoras. Foram selecionadas como variáveis preditoras para o modelo inicial além do tempo, aquelas significantes a 20% na análise univariada (na forma de efeito principal ou interação com o tempo).

De acordo com a tabela 7, permaneceram significantes no modelo final a idade ($p=0,001$), as raças negra ($p=0,039$) e amarela ($p=0,016$), a religião evangélica ($p=0,009$), a interação entre ateu/demais religiões e tempo de quatro meses de pós-operatório ($p=0,004$) e a interação entre

tempo gasto/mais de três horas com a aparência física e tempo de dois meses de pós-operatório ($p=0,025$).

As interações significantes indicaram que a evolução do escore Abertura (IGFP-5) por religião e tempo gasto com a aparência física não foram similares ao longo do tempo. Considerando-se a Abertura, não foram significantes as diferenças de médias desse escore entre os momentos de avaliação nas mulheres brancas e que gastaram menos do que três horas com a imagem (categoria de referência) ($p=0,259$). A cada aumento de um ano de idade, verificou-se um aumento no escore Abertura (0,31 pontos, em média; $p=0,001$). As mulheres de raças negra e amarela apresentaram escores menores em Abertura quando comparadas às mulheres da raça branca (3,65 e 4,79 pontos, em média; $p=0,039$ e $p=0,016$, respectivamente), diferentemente das mulheres de raça parda que tiveram níveis similares aos das mulheres brancas. O grupo de mulheres evangélicas apresentou no pré-operatório média de Abertura maior do que as católicas (4,32 pontos; $p=0,009$), diferentemente das mulheres ateias ou com demais religiões que tiveram níveis similares aos das católicas. As mulheres evangélicas apresentaram evoluções médias similares às das católicas no pós-operatório e as mulheres ateias ou com demais religiões apresentaram uma redução maior (6,58 pontos, em média; $p=0,004$) do pré ao pós-operatório de quatro meses ao comparar-se com as católicas. As mulheres que gastaram mais tempo com a aparência física revelaram uma redução maior do escore Abertura após dois meses da mamoplastia (6,47 pontos, em média; $p=0,025$) comparativamente às mulheres que gastaram menos tempo com a aparência (Tabela 7).

Tabela 7 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para Abertura (IGFP-5)

	Modelo Final	
	B (EP)	P
Tempo (ref.=Pré)		0,259
PO - 2 meses	1,63 (0,99)	0,101
PO - 4 meses	1,08 (1,00)	0,280
Idade (anos)	0,31 (0,09)	0,001
Raça (ref. = branca)		0,002
Negra	-3,65 (1,77)	0,039
Parda	1,49 (1,20)	0,217
Amarela	-4,79 (1,99)	0,016
Religião (ref. = católica)		0,024
Evangélica	4,32 (1,66)	0,009
Ateu/Demais	2,68 (2,16)	0,215
Interação Religião x Tempo		0,019
evangélica x PO - 2 meses	-2,11 (1,73)	0,223
evangélica x PO - 4 meses	-1,95 (1,74)	0,263
ateu/demais x PO - 2 meses	-0,26 (2,34)	0,912
ateu/demais x PO - 4 meses	-6,58 (2,30)	0,004
Mais de 3 horas gasto com imagem (ref. = até 3 horas)	1,62 (1,17)	0,168
Interação Tempo gasto com imagem x Tempo		0,082
mais de 3 horas x PO - 2 meses	-6,47 (2,89)	0,025
mais de 3 horas x PO - 4 meses	-2,04 (2,47)	0,411
Constante	23,26 (2,74)	<0,001

N=36 observações por momento de avaliação
 B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

Conforme a tabela 8, e considerando-se a Conscienciosidade, permaneceram significantes no modelo final o estado civil ($p=0,001$), o tempo gasto com a aparência física ($p=0,006$), a raça ($p=0,027$) e sua interação com tempo ($p=0,008$) e as partes de insatisfação corporal ($p=0,043$) e sua interação com o tempo ($p=0,007$). Desse modo, para o traço Conscienciosidade as mulheres solteiras/divorciadas, de raça branca, que gastaram pouco tempo com a aparência física e que não possuíam nenhuma parte do corpo que as incomodava (categoria de referência) apresentaram médias distintas do escore Conscienciosidade ao longo do tempo ($p=0,018$). Apesar de não ter sido verificado diferença de médias do

pré para dois meses ($p=0,270$) e quatro meses do pós-operatório ($p=0,366$), observou-se um aumento do escore dos dois meses para quatro meses de pós-operatório (2,19 pontos, em média). As mulheres casadas apresentaram média superior às mulheres solteiras/divorciadas (4,45 pontos; $p=0,001$). As mulheres que gastaram mais do que três horas com a imagem revelaram média superior às que gastaram menos tempo (1,89 pontos; $p=0,006$). No pré-operatório, as mulheres de cor parda apresentaram escores maiores comparativamente às mulheres brancas (3,11 pontos, em média; $p=0,033$), diferentemente das mulheres negras e amarelas que tiveram níveis similares aos das brancas. Aos dois meses de pós-operatório, as mulheres negras e amarelas tiveram um aumento nesse escore comparativamente às mulheres brancas (4,29 e 4,57 pontos, em média; $p=0,002$ e $p=0,008$, respectivamente). Do pré aos quatro meses de pós-operatório, observou-se que, quanto maior foi a quantidade de partes do corpo que incomodavam, maior foi a redução da média do escore Conscienciosidade (2,55 pontos a menos a cada aumento de uma parte do corpo adicional que causava incômodo; $p=0,002$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para Conscienciosidade (IGFP-5)

	Modelo Final	
	B (EP)	P
Tempo (ref.=Pré)		0,018
PO - 2 meses	-1,19 (1,08)	0,270
PO - 4 meses	1,00 (1,11)	0,366
Estado Civil - Casada (ref. = Solteira/Divorciada)	4,45 (1,31)	0,001
Mais de 3 horas gasto com imagem (ref. = até 3 horas)	1,89 (0,69)	0,006
Raça (ref. = branca)		0,027
Negra	-1,37 (2,00)	0,493
Parda	3,11 (1,45)	0,033
Amarela	-2,62 (2,42)	0,279
Interação Raça x Tempo		0,008
negra x PO - 2 meses	4,29 (1,41)	0,002
negra x PO - 4 meses	1,60 (1,45)	0,270
parda x PO - 2 meses	0,50 (1,03)	0,631
parda x PO - 4 meses	-1,07 (1,03)	0,298
amarela x PO - 2 meses	4,57 (1,74)	0,008
amarela x PO - 4 meses	2,71 (1,72)	0,114
Partes do corpo	1,04 (0,52)	0,043
Interação Partes do corpo x Tempo		0,007
Partes do corpo x PO - 2 meses	-0,92 (0,60)	0,127
Partes do corpo x PO - 4 meses	-2,55 (0,81)	0,002
Constante	26,91 (1,36)	<0,001

N=36 observações por momento de avaliação
 B (EP) - Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

Para o traço Amabilidade permaneceram significantes no modelo final a idade ($p=0,034$) e a interação partes do corpo com o tempo ($p=0,001$). De uma forma geral, a cada aumento de um ano de idade, nota-se um aumento de 0,06 pontos, em média, no escore Amabilidade ($p=0,034$). Do pré aos quatro meses de pós-operatório, quanto maior foi a quantidade de partes do corpo que incomodavam, maior foi a redução média para Amabilidade (1,48 pontos a menos a cada aumento de uma parte do corpo adicional que causava incômodo; $p<0,001$) (Tabela 9).

Tabela 9 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para Amabilidade (IGFP-5)

	Modelo Final	
	B (EP)	P
Tempo (ref.=Pré)		0,328
PO - 2 meses	-0,03 (0,53)	0,948
PO - 4 meses	0,43 (0,54)	0,420
Idade (anos)	0,06 (0,03)	0,034
Partes do corpo	0,10 (0,26)	0,689
Interação Partes do corpo x Tempo		0,001
Partes do corpo x PO - 2 meses	-0,28 (0,33)	0,398
Partes do corpo x PO - 4 meses	-1,48 (0,42)	<0,001
Constante	12,26 (0,98)	<0,001

N=36 observações por momento de avaliação
 B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

Para o traço Neuroticismo, a fase de início de insatisfação ($p=0,034$), o uso de estratégias de camuflagem ($p=0,005$), a interação entre número de filhos e tempo ($p=0,043$), a religião evangélica ($p=0,019$) e sua interação com tempo de dois de meses de pós-operatório ($p=0,036$) permaneceram significantes no modelo final. Observou-se um aumento do Neuroticismo (2,59 pontos, em média) do pré aos dois meses de pós-operatório, em mulheres que revelaram insatisfação na fase de adolescência, que faziam uso de camuflagem, sem filhos e católicas (categoria de referência) ($p=0,035$). De uma forma geral, as mulheres com início de insatisfação na fase adulta apresentaram, em média, menor escore de Neuroticismo do que aquelas cuja insatisfação teve início na adolescência (2,24 pontos a menos; $p=0,034$). As mulheres que faziam uso de estratégias de camuflagem mostraram, em média, maior escore para Neuroticismo do que aquelas que não faziam uso (2,92 pontos a mais; $p=0,005$). Do pré aos quatro meses de pós-operatório, quanto maior foi o número de filhos, maior foi o aumento médio desse escore (1,89 pontos a mais a cada aumento de um filho; $p=0,018$). O grupo de mulheres evangélicas apresentaram no pré-

operatório, média de escore para Neuroticismo menor do que as católicas (3,49 pontos; $p=0,019$), diferentemente das mulheres atéias ou com demais religiões que tiveram níveis similares aos das católicas. Além disso, essas mulheres apresentaram um aumento adicional desse escore (3,57 pontos, em média; $p=0,036$) do pré aos dois meses de pós-operatório comparativamente às mulheres católicas. Já as evoluções das médias dos escores das atéias/demais religiões foram similares aos das católicas (Tabela 10).

Tabela 10 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para Neuroticismo (IGFP-5)

	Modelo Final	
	B (EP)	P
Tempo (ref.=Pré)		0,069
PO - 2 meses	0,63 (1,07)	0,559
PO - 4 meses	2,59 (1,23)	0,035
Início da insatisfação na fase adulta (ref. = adolescência)	-2,24 (1,05)	0,034
Camuflagem	2,92 (1,05)	0,005
No. de filhos	-1,32 (0,73)	0,072
Interação No. de filhos x Tempo		0,043
No. de filhos x PO - 2 meses	0,40 (0,80)	0,623
No. de filhos x PO - 4 meses	1,89 (0,80)	0,018
Religião (ref. = católica)		0,058
Evangélica	-3,49 (1,48)	0,019
Ateu/Demais	-0,12 (1,95)	0,949
Interação Religião x Tempo		0,116
evangélica x PO - 2 meses	3,57 (1,71)	0,036
evangélica x PO - 4 meses	-0,45 (1,66)	0,787
ateu/demais x PO - 2 meses	1,91 (2,18)	0,383
ateu/demais x PO - 4 meses	-0,57 (2,18)	0,793
Constante	15,65 (1,36)	<0,001

N=36 observações por momento de avaliação
B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

Considerando-se a Extroversão, permaneceram significantes no modelo final a interação entre escolaridade e tempo de dois meses de pós-operatório ($p=0,022$). Assim, observou-se um aumento do escore para

Extroversão (1,83 pontos, em média; $p=0,021$) do pré para os quatro meses de pós-operatório em mulheres com escolaridade de nível superior (categoria de referência). As mulheres com escolaridade de nível médio tiveram uma redução desse escore do pré-operatório para os dois meses de pós-operatório (3,02 pontos, em média; $p=0,022$), comparativamente às mulheres com escolaridade de nível superior (Tabela 11).

Tabela 11 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para Extroversão (IGFP-5)

	Modelo Final	
	B (EP)	P
Tempo (ref.=Pré)		0,051
PO - 2 meses	1,48 (0,79)	0,062
PO - 4 meses	1,83 (0,79)	0,021
Escolaridade - ensino médio (ref. = Superior)	-2,63 (1,92)	0,170
Interação Escolaridade x Tempo		0,061
médio x PO - 2 meses	-3,02 (1,32)	0,022
médio x PO - 4 meses	-2,21 (1,32)	0,094
Constante	29,48 (1,15)	<0,001

N=36 observações por momento de avaliação
B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

Considerando-se agora a evolução dos sintomas do TDC ao longo do tempo, permaneceram significantes no modelo final o tempo ($p=0,002$), o tempo gasto com a aparência física ($p=0,021$), a raça ($p=0,047$) e sua interação com tempo ($p=0,028$), a interação entre o uso de camuflagem e tempo e interação entre partes do corpo e tempo ($p=0,040$). As mulheres brancas, católicas, que gastaram menos de três horas com a aparência física, que não faziam uso de camuflagem e não possuíam partes do corpo de insatisfação (categoria de referência) apresentaram uma redução do escore do pré-operatório para os dois meses de pós-operatório (3,00 pontos, em média; $p=0,005$) e para os quatro meses de pós-operatório (3,76 pontos,

em média; $p < 0,001$). De uma forma geral, as mulheres que gastaram mais do que três horas com a aparência apresentaram média de BDSS-UNIFESP/EPM superior (0,92 pontos a mais; $p = 0,021$) ao daquelas que gastaram menos tempo. No pré-operatório não se verificaram diferenças de médias das mulheres não brancas e brancas, porém observou-se que as mulheres pardas apresentaram média maior de sintomas (BDSS-UNIFESP/EPM) do que as mulheres negras (2,37 pontos ; $p = 0,007$). Notou-se ainda que as mulheres negras apresentaram, em média, uma variação adicional (cerca de dois pontos a mais) do pré para o pós-operatório, comparativamente às mulheres brancas, implicando numa redução menor dos níveis de BDSS-UNIFESP/EPM do pré para os dois meses, comparativamente às mulheres brancas. As mulheres pardas e amarelas apresentaram evoluções similares às das brancas. Nas mulheres evangélicas, observou-se uma variação adicional do escore do pré-operatório para os quatro meses do pós-operatório (1,75 pontos a menos, em média), comparativamente às mulheres católicas. Enquanto as mulheres que não faziam uso de camuflagem apresentaram uma redução do escore do pré-operatório para os dois meses de pós-operatório (3,00 pontos), as mulheres que faziam uso de camuflagem apresentaram comparativamente a elas uma variação adicional (2,25 pontos a mais, em média) acarretando numa não alteração dos níveis de BDSS-UNIFESP/EPM do pré-operatório para os dois meses de pós-operatório ($p = 0,341$). Do pré-operatório para os quatro meses de pós-operatório, observou-se uma variação adicional de BDSS-UNIFESP/EPM a cada aumento de um incômodo com alguma parte do corpo (1,30 pontos a mais, em média; $p = 0,014$) (Tabela 12).

Tabela 12 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para sintomas de TDC (BDSS-UNIFESP/EPM)

	Modelo Final	
	B (EP)	P
Tempo (ref.=Pré)		0,002
PO - 2 meses	-3,00 (1,06)	0,005
PO - 4 meses	-3,76 (1,05)	<0,001
Mais de 3 horas gasto com imagem (ref. = até 3 horas)	0,92 (0,40)	0,021
Raça (ref. = branca)		0,047
Negra	-1,52 (0,85)	0,072
Parda	0,85 (0,61)	0,162
Amarela	0,70 (1,01)	0,489
Interação Raça x Tempo		0,028
negra x PO - 2 meses	1,85 (0,90)	0,040
negra x PO - 4 meses	2,08 (0,89)	0,020
parda x PO - 2 meses	-0,77 (0,64)	0,225
parda x PO - 4 meses	-0,25 (0,62)	0,682
amarela x PO - 2 meses	-1,71 (1,05)	0,105
amarela x PO - 4 meses	-1,16 (1,03)	0,261
Religião (ref. = católica)		0,401
Evangélica	0,75 (0,67)	0,262
Ateu/Demais	0,76 (0,87)	0,378
Interação Religião x Tempo		0,123
evangélica x PO - 2 meses	-1,37 (0,70)	0,051
evangélica x PO - 4 meses	-1,75 (0,69)	0,011
ateu/demais x PO - 2 meses	-0,28 (0,90)	0,756
ateu/demais x PO - 4 meses	0,06 (0,88)	0,943
Camuflagem	-1,00 (0,82)	0,226
Interação Camuflagem x Tempo		0,065
camuflagem x PO - 2 meses	2,25 (0,98)	0,021
camuflagem x PO - 4 meses	1,27 (1,15)	0,270
Partes do corpo	-0,07 (0,31)	0,817
Interação Partes do corpo x Tempo		0,040
Partes do corpo x PO - 2 meses	0,19 (0,40)	0,637
Partes do corpo x PO - 4 meses	1,30 (0,53)	0,014
Constante	5,22 (1,06)	<0,001

N=36 observações por momento de avaliação
 B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

Conforme tabela 13, permaneceram significantes no modelo final o tempo ($p=0,004$), o tempo gasto com a aparência física ($p=0,049$), a interação entre escolaridade e tempo e interação entre partes do corpo e tempo ($p=0,049$). Assim, as mulheres católicas, que gastavam menos de

três horas com a aparência física, que possuíam ensino superior e não tinham partes do corpo que as incomodava (categoria de referência) apresentaram uma chance de TDC aos dois meses de pós-operatório 96% menor do que a do pré-operatório. Esta chance foi 93% menor aos quatro meses de pós-operatório. De uma forma geral, as mulheres que gastaram mais de três horas com a imagem têm uma chance 3,47 vezes maior do que aquelas que gastaram menos tempo. Em mulheres com nível médio de escolaridade, verificou-se que a chance de TDC aos dois meses de pós-operatório foi ($0,04 \times 6,66 = 0,29$; $p=0,345$) similar ao do pré-operatório. Do pré-operatório aos dois meses, observou-se uma chance maior de TDC a cada aumento de um incômodo com alguma parte do corpo (3,86 vezes maior) comparativamente às mulheres sem nenhuma parte do corpo de insatisfação (Tabela 13).

Tabela 13 – Modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para TDC (SCID-I)

	Modelo Final	
	OR (EP)	P
Tempo (ref.=Pré)		0,004
PO - 2 meses	0,04 (0,04)	0,001
PO - 4 meses	0,07 (0,07)	0,009
Mais de 3 horas gasto com imagem (ref. = até 3 horas)	3,35 (2,06)	0,049
Escolaridade - ensino médio (ref. = Superior)	0,21 (0,17)	0,055
Interação Escolaridade x Tempo		0,073
médio x PO - 2 meses	6,66 (5,53)	0,022
médio x PO - 4 meses	4,76 (4,92)	0,131
Partes do corpo	1,02 (0,45)	0,959
Interação Partes do corpo x Tempo		0,049
Partes do corpo x PO - 2 meses	3,86 (2,12)	0,014
Partes do corpo x PO - 4 meses	2,45 (1,80)	0,223
Constante	2,85 (2,73)	0,274

N=36 observações por momento de avaliação
B (EP) - Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

A consistência interna dos cinco fatores do IGFP-5 foi avaliada pelo alpha de Cronbach (Tabela XII) (Apêndice 11).

O teste de Kolmogorov-Smirnov para a normalidade dos dados (IGFP-5 e BDSS-UNIFESP/EPM) encontra-se na tabela XIII (Apêndice 12).

O quadro I (Apêndice 13) resume os resultados das tabelas 7 a 13.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A mamoplastia de aumento, ainda que seja um dos procedimentos cirúrgicos mais desejados por muitas mulheres e uma das cirurgias mais realizadas no mundo e no Brasil (JAVO & SORLIE, 2010a; PENAUD & DE MORTILLET, 2013; INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY, 2016; VEIGA & FERREIRA, 2018), é também aquela que revela a complexidade psicológica de seus pacientes.

Estudos assinalaram o impacto positivo da mamoplastia de aumento na qualidade de vida de uma forma geral (HOLMICH *et al.*, 2007; SARWER, 2007; FIGUEROA-HAAS, 2009; ABLA *et al.*, 2010; NETO *et al.*, 2012; SAARINIEMI *et al.*, 2012; KALAAJI *et al.*, 2013; PENAUD & DE MORTILLET, 2013; SWANSON, 2013; GUIMARAES *et al.*, 2015; ALDERMAN *et al.*, 2016; CHAO *et al.*, 2016); outros porém apontam benefícios psicológicos pequenos e níveis de insatisfação corporal que podem estar associados a alterações psicológicas que, expressas no seu limite, geram comportamentos autodestrutivos (SARWER *et al.*, 2003; CRERAND *et al.*, 2007; DIDIE & PHILLIPS, 2007; LIPWORTH *et al.*, 2007; CRERAND *et al.*, 2009; JAVO & SORLIE, 2010a; 2010b; LIPWORTH & MCLAUGHLIN, 2010). A mamoplastia de aumento foi associada a suicídio (MAZUR, 1986; KOOT *et al.*, 2003; MCLAUGHLIN, 2003; MCLAUGHLIN *et al.*, 2003; PUKKALA *et al.*, 2003; JACOBSEN *et al.*, 2004; MCLAUGHLIN *et al.*, 2004; BRINTON *et al.*, 2006; VILLENEUVE *et al.*, 2006; CRERAND *et al.*, 2007; LIPWORTH *et al.*, 2007; ROHRICH *et al.*, 2007; LIPWORTH & MCLAUGHLIN, 2010).

Nesse contexto, é importante considerar a possibilidade do transtorno dismórfico corporal (TDC) como fator de risco para suicídio em mulheres

que se submetem à mamoplastia de aumento com implantes (WALDEN *et al.*, 1997; BRINTON *et al.*, 2000; KOOT *et al.*, 2003; PUKKALA *et al.*, 2003; SARWER *et al.*, 2003; JACOBSEN *et al.*, 2004; MCLAUGHLIN *et al.*, 2004; VILLENEUVE *et al.*, 2006; SARWER, 2007; SARWER *et al.*, 2007; VEIGA & FERREIRA, 2018). O TDC é um dos transtornos neuropsiquiátricos mais prevalentes em cirurgia plástica (ALTAMURA *et al.*, 2001; JAVO & SORLIE, 2010a; 2010b; BOWYER *et al.*, 2016; DE BRITO *et al.*, 2016a, 2016b) e o suicídio é prevalente em pacientes com TDC (PHILLIPS & DUFRESNE, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2005; PHILLIPS, 2007; FANG & HOFMANN, 2010; REESE, MCNALLY, WILHELM, 2010; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), revelando a gravidade dessas associações.

Alguns autores assinalaram que a procura pela mamoplastia de aumento poderia ser um potencial marcador para a psicopatologia, notadamente o TDC (CRERAND *et al.*, 2007; SARWER, 2007; JAVO & SORLIE, 2010a; KALAAJI *et al.*, 2013), achado semelhante ao do presente estudo, que revelou uma prevalência de 69,4% (n=25) em mulheres candidatas a essa cirurgia. De fato, considerando-se a prevalência do TDC em outras especialidades de cirurgia plástica como a lipoaspiração, abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia (JAVO & SORLIE, 2010a; DE BRITO *et al.*, 2016b), na mamoplastia de aumento a prevalência foi significativamente maior.

Não obstante, no presente estudo, a mamoplastia de aumento teve um impacto positivo e revelou a indicação de tratamento pelo seu efeito terapêutico. FLAGEUL *et al.* (2003) afirmaram, também, que a capacidade de reparação da cirurgia plástica era o que lhe conferia o valor terapêutico mas, a intervenção, nunca alcançaria esse valor nos pacientes com TDC,

resultado não verificado nas pacientes deste estudo. Observou-se que as médias de sintomas de TDC no pré-operatório foram superiores às médias nos dois momentos do pós-operatório, similares entre si. Padrão semelhante foi identificado para a porcentagem de diagnóstico do TDC que diminuiu ao longo do tempo. Assim, identificou-se a sua remissão após dois (30,6%; n=11) e quatro meses (25%; n=9) da cirurgia, bem como da média dos sintomas de TDC entre o pré ($5,0 \pm 1,8$) e o pós-operatório de dois ($2,6 \pm 2,0$) e quatro meses ($2,2 \pm 2,1$), resultados que não foram contudo identificados num estudo retrospectivo realizado por PHILLIPS *et al.* (2001). Segundo os autores, apenas 7,3%, de todos os tratamentos em rinoplastia, mentoplastia e mamoplastia levaram à diminuição da preocupação com a região corporal tratada e melhora dos sintomas do TDC. CRERAND *et al.* (2005) de forma semelhante afirmaram que, tratamentos não psiquiátricos raramente melhoravam os sintomas do TDC.

No presente estudo, a remissão parcial do TDC ao longo do tempo pode estar associada ao fato de não ter sido realizada a classificação por níveis de gravidade nas pacientes selecionadas. Ou seja, foram operadas pacientes com TDC, cujos sintomas estavam tanto no espectro leve a moderado como grave, uma vez que havia a estreita colaboração entre cirurgiões plásticos e psicóloga. Entretanto, a decisão do não conhecimento dos resultados da avaliação psicológica no pré-operatório coube à psicóloga, que também não teve acesso à análise completa dos dados até o término do estudo.

Assinala-se, contudo, a melhoria no comprometimento psicossocial das pacientes após a intervenção cirúrgica, identificada na diminuição do tempo gasto com a aparência física, com as estratégias de camuflagem para esconder o defeito percebido (a mama), bem como das médias do número

de partes específicas do corpo de insatisfação corporal, ou seja, verificou-se a significativa diminuição do grau de preocupação e de insatisfação com a aparência física, sintomas nucleares do TDC. Esse resultado não se assemelha ao relatado por KNORR *et al.* (1967), mas vai ao encontro de THOMSON *et al.* (1978) ao assinalarem que, a melhora nas relações interpessoais, sem mudança significativa na personalidade básica, foi uma observação consistente. Segundo os autores, graves distúrbios psicológicos não seriam uma contraindicação direta para a operação. De fato, mais recentemente, estudos têm trazido evidências preliminares para resultados positivos em termos de satisfação com os procedimentos estéticos e cirúrgicos e redução dos sintomas do TDC (FELIX *et al.*, 2014; BOWYER *et al.*, 2016), sendo a cirurgia plástica apontada como uma possibilidade de tratamento para essa população (VEALE & NEZIROGLU, 2010; MORSELLI & BORIANI, 2012; FELIX *et al.*, 2014; VEALE *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2015a; BOWYER *et al.*, 2016).

Preocupações obsessivas ou atos mentais e comportamentos repetitivos com o corpo, pelo tempo consumido, comprometem as relações afetivas, sociais e ocupacionais que, por sua vez, provocam níveis de sofrimento clinicamente significativos, afetando de forma dramática o funcionamento global de quem é portador de TDC (ANDREASEN & BARDACH, 1977; PHILLIPS *et al.*, 2010; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; DE BRITO *et al.*, 2016a, 2016b). PHILLIPS *et al.* (2005) assinalaram que, indivíduos com TDC apresentaram taxas altas de ideação suicida (78%) e tentativas de suicídio (27,5%), que foram correlacionadas ao grau de comprometimento psicossocial provocado pela doença. Assim, a mamoplastia de aumento ao diminuir o comprometimento psicossocial aliviou o sofrimento psíquico das pacientes com TDC. Nesse

sentido, a mamoplastia de aumento caracterizou-se também como uma intervenção psicológica.

No entanto, verificou-se que houve um aumento do tempo gasto com a aparência física naquelas pacientes que gastavam menos do que três horas diárias em preocupações com a imagem no pré-operatório. Eram pacientes sem TDC, cuja insatisfação corporal não estava associada à distorção da imagem corporal, sendo esse dado um indicador de satisfação e não, necessariamente, de preocupação e insatisfação com o corpo. De fato, segundo estudos, após a mamoplastia de aumento é natural e saudável apreciar a mudança, cuidar do corpo e embelezar-se mais (SHIPLEY *et al.*, 1977; BEALE *et al.*, 1980; LOSKEN, 1990; PARKER, 1993; SARWER *et al.*, 2003).

Para as pacientes do estudo, após a cirurgia, as complicações físicas foram sanadas e as psicológicas acolhidas e adequadamente encaminhadas. Duas pacientes foram encaminhadas para tratamento em saúde mental e duas pacientes, uma das quais encaminhada para atendimento em saúde mental, foram novamente operadas por alterações no posicionamento correto dos implantes. De um modo geral, segundo CHAO *et al.* (2016), os implantes mamários de silicone estavam associados a taxas baixas de complicações e, portanto, a resultados tecnicamente adequados e de satisfação dos pacientes.

Por outro lado, os resultados mostram que, os instrumentos utilizados [Escala de Sintomas da Dismorfia Corporal – UNIFESP/EPM (BDSS – UNIFESP/EPM) (PERUGI *et al.*, 1997; RAMOS *et al.*, 2016) e *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) (FIRST *et al.*, 1998) conseguiram discriminar a variável psicológica, ou construto - neste caso o TDC - que estava subjacente ao comportamento. A BDSS foi

utilizada em população de cirurgia plástica por MÜHLBAUER *et al.* (2001), KAYMAK *et al.* (2009) e RAMOS *et al.* (2016). Já o SCID-I avaliou o TDC em pacientes que se submeteram a tratamentos estéticos e cirúrgicos por PHILLIPS & MCELROY (2000), ALTAMURA *et al.* (2001), PHILLIPS *et al.* (2001), CRERAND *et al.* (2005), PHILLIPS *et al.* (2005) e BELLINO *et al.* (2006).

De acordo com alguns autores, certos traços de personalidade são fatores de risco para o desenvolvimento do TDC (PHILLIPS & MCELROY, 2000; PAVAN *et al.*, 2008; JAVO & SORLIE, 2010a; PECORARI *et al.*, 2010; VEALE & NEZIROGLU, 2010; SCHIEBER *et al.*, 2013), embora a avaliação de traços de personalidade e TDC seja escassa (PHILLIPS & MCELROY, 2000; SCHIEBER *et al.*, 2013)). No presente estudo, observou-se que sintomas de TDC se mesclam e estão associados a traços de personalidade. Nesse sentido, parece haver uma relação entre TDC e traços de personalidade, como apontado de forma semelhante por PHILLIPS & MCELROY (2000). HAY, em 1970, num dos primeiros estudos sobre TDC em cirurgia plástica, assinalou o tipo de personalidade - indivíduos perfeccionistas, neuróticos, introvertidos, inseguros e emotivos - como preditor de sintomas da dismorfofobia.

Traços de personalidade em seu nível extremo estão associados a transtornos mentais e podem influenciar o nível de percepção (PHILLIPS & MCELROY, 2000; PECORARI *et al.*, 2010; PAVAN *et al.*, 2013), sendo importante a identificação e gestão adequada desses traços, para que se mantenham os benefícios cirúrgicos (NAPOLEON, 1993; SIMIS *et al.*, 2001; BELLINO *et al.*, 2006). Assim, avaliar o perfil, ou o traço, é o mesmo que avaliar o risco, aspecto importante na triagem de procedimentos em cirurgia plástica.

Segundo SIMIS *et al.* (2001), características de personalidade neuróticas (traços altos de Neuroticismo) podiam resultar em problemas psicológicos pós-cirúrgicos, e traços baixos de Extroversão indicavam maior insatisfação e atitudes mais negativas em relação ao corpo.

A perspectiva de traços sugere que as pessoas possuem predisposições amplas para responder de certas maneiras e que a personalidade obedece a uma organização hierárquica (PERVIN & JOHN, 2004; ANDRADE, 2008). Nesse contexto, segundo MCADAMS & PALS (2006), a personalidade é concebida como uma variação individual, expressada por padrões de desenvolvimento, traços disposicionais, características de adaptação e de autodefinição de vida, sendo complexa e diferencialmente situada na cultura e no contexto social. Esses princípios sugerem uma base para o modelo integrativo dos cinco grandes fatores da personalidade (CGF), nos quais características de auto definição da individualidade psicológica, construídas em respostas às tarefas sociais e necessidades humanas, fazem sentido em termos de cultura. Uma outra tentativa de definir personalidade foi feita por SCHULTZ & SCHULTZ (2006, p. 9) e é compartilhada aqui: “podemos dizer que personalidade é um agrupamento permanente e peculiar de características que podem mudar em resposta a situações diferentes”, como verificado no presente estudo ao observar evoluções distintas das características das mulheres ao longo do tempo, tendo como pano de fundo a mamoplastia de aumento.

Segundo NAPOLEON (1993), a personalidade, enquanto construto, é composta de cognições, afetos e comportamentos duradouros que identificam e distinguem pessoas como seres humanos únicos. BRITO-COSTA *et al.* (2015) referiram que, ainda que a personalidade possa sofrer modificações ao longo da vida de um indivíduo, considera-se que a mesma

é relativamente estável, ou seja, a personalidade que se forma desde a infância e continua a desenvolver-se até à idade adulta não flutua, salvo, se houver lugar a acontecimentos traumáticos, nomeadamente e entre outros, perda de um dos progenitores, abusos sexuais e acidentes graves. Segundo os mesmos autores, efetivamente, algumas pesquisas longitudinais efetuadas com indivíduos dos nove aos 96 anos demonstraram uma constância da personalidade ao longo das diferentes fases da vida, desde a infância até à idade adulta. Assim, uma criança que se revela conscienciosa na infância permanecerá desta forma na idade adulta, ainda que sob tonalidades, ou níveis diferentes.

Os traços possuem uma base biológica, ou seja, as pessoas possuem uma tendência inata que as faz emitir respostas determinadas (sentimentos ou ações). Contudo a existência de adaptações psicológicas apreendidas a partir das experiências cotidianas não é negada, ou seja, a estrutura básica da personalidade começa em um nível de resposta específica, geneticamente desenvolvida, socialmente modulada, que tende a se repetir em determinadas situações e gera comportamentos. Se as pessoas são observadas em muitas ocasiões se comportando da mesma maneira, são caracterizadas como possuindo um traço (GAZZANIGA & HEATHERTON, 2005).

DEYOUNG *et al.* (2010), após pesquisas de neuroimagem estrutural, assinalaram a ligação entre a influência dos traços de personalidade e as diferenças individuais de sistemas cerebrais relevantes – e vice-versa. Referiram que o nível de cada traço dos CGF de personalidade está associado, também, ao aumento do volume em determinadas áreas do cérebro. Ou seja, “cada traço estaria associado com a estrutura de uma ou mais das regiões do cérebro que se sabe estarem envolvidas em funções centrais para

o traço em questão” (p. 7), aumentando ou diminuindo o seu volume. Os extrovertidos, com crônica subexcitação cortical, buscam impulsivamente novas situações e novas experiências emocionais; já os introvertidos, por apresentarem excitação cortical elevada, preferem situações com poucos estímulos (GAZZANIGA & HEATHERTON, 2005). Isso quer dizer ainda que, apesar das características/traços da personalidade não serem a mesma coisa, são sobrepostas. Ou seja, uma está sempre complementando ou sobressaltando a outra, mas nunca anulando-a, como observado no presente estudo, ao longo do tempo, considerando a evolução da intensidade dos traços de personalidade associados às características sociodemográficas e clínicas (sintomas e diagnóstico do TDC) e apontado de forma semelhante por PHILLIPS & MCELROY (2000).

A justificação de que os CGF representam dimensões básicas da personalidade é baseada em quatro linhas de raciocínio e evidência empírica: (1) estudos longitudinais e de observação cruzada têm demonstrado que os cinco fatores são disposições duradouras que se manifestam em padrões de comportamentos; (2) os traços relatados para cada fator são encontrados em uma variedade de teorias de personalidade, bem como na linguagem usual de descrição desses traços; (3) os fatores são encontrados em diferentes idades, sexos, raças e nacionalidades, embora eles variem em algum grau nas diferentes culturas; e (4) evidências de hereditariedade sugerem que os fatores possuem uma base biológica (COSTA & MCCRAE, 1992). Como assinalam NUNES & HUTZ (2007), o interesse pelo modelo dos CGF de personalidade deve-se, em grande parte, ao acúmulo de evidências de sua universalidade e aplicabilidade em diferentes contextos (ANDRADE, 2008).

MCCRAE & COSTA (1999) consideram os CGF como tendências básicas que possuem uma base biológica. Essas tendências básicas – disposições para agir e sentir de determinadas maneiras – não são influenciadas diretamente pelo ambiente. Os autores sugerem que existe uma maturação intrínseca da personalidade, segundo a qual os traços de personalidade funcionam mais propriamente como expressões da biologia humana do que como produtos de experiências da vida. Tanto as adaptações características quanto as influências ambientais externas determinam as escolhas e decisões que o indivíduo faz com o passar do tempo, que são refletidas na sua biografia objetiva e também no seu autoconceito (ANDRADE, 2008).

Os CGF fazem parte de um modelo compreensivo dos traços de personalidade, a base para uma representação adequada da estrutura de personalidade. O modelo dos CGF descreve a personalidade humana em termos de grandes dimensões, cada uma reunindo uma variedade de traços psicológicos. Esse modelo é um dos mais utilizados em pesquisa acerca da personalidade por se mostrar abrangente e conciso (DA SILVA & PÓVOA, 2017).

Um dos principais motivos da atual predominância do modelo dos cinco grandes fatores é a sua replicabilidade (GARCÍA, 2006). Os cinco fatores já foram encontrados independentemente do país, dos instrumentos de medição utilizados e da pessoa que é avaliada (GARCÍA, 2006). Essas três evidências representam, além de um critério de validação do modelo dos cinco grandes fatores, a validação também dos traços de personalidade em geral. Dessa forma, tais fatores não emergem apenas através de instrumentos criados com o objetivo de identificá-los, já que é possível encontrar estruturas fatoriais equivalentes ao modelo CGF em instrumentos

que têm como fundamentação outras teorias da personalidade (SILVA *et al.*, 2007).

O acrônimo OCEAN é utilizado para lembrar as iniciais dos cinco fatores: *Openness to Experience*, *Conscientiousness*, *Extraversion*, *Agreeableness* e *Neuroticism*.

As cinco dimensões a seguir descritas representam a personalidade no nível mais alto de abstração e cada dimensão resume um grande número de características distintas e específicas da personalidade (JOHN & SRIVASTAVA, 1999).

O traço/dimensão Abertura (*Openness to Experience*, *Intellect*) caracteriza-se por um interesse intrínseco na experiência em uma ampla variedade de áreas. Engloba traços como flexibilidade de pensamento, fantasia e imaginação, interesses culturais, versatilidade e curiosidade. Indivíduos fechados, ao contrário, preferem o conhecido e a rotina e prezam os valores tradicionais (DA SILVA & PÓVOA, 2017). Assim, indivíduos com alta pontuação nesse traço, geralmente, são francos, criativos, curiosos, espirituosos, originais e artísticos. Por outro lado, indivíduos com baixa pontuação nessa dimensão são superficiais, comuns ou simples e tendem à reserva e ao isolamento (PHILLIPS & MCELROY, 2000; ANDRADE, 2008; HAUCK FILHO *et al.*, 2012). O fator também descreve a complexidade, abertura e profundidade da mente humana (BENET-MARTINEZ & JOHN, 1998).

O traço/dimensão Conscienciosidade (*Conscientiousness*) também é chamado de “Falta de impulsividade” ou “Vontade”. Nesse fator é característico o controle de impulsos, bem como comportamentos direcionados a um objetivo específico, que podem facilitar a execução de obrigações e deveres (BENET-MARTINEZ & JOHN, 1998). Indivíduos

consciosos são geralmente cautelosos, dignos de confiança, disciplinados, organizados e responsáveis. Por outro lado, indivíduos com baixos escores nessa dimensão tendem a ser descuidados, desordenados e pouco-confiáveis, mostrando-se sem direção e muitas vezes evasivos (PHILLIPS & MCELROY, 2000; FRIEDMAN & SCHUSTACK, 2004; ANDRADE, 2008; HAUCK FILHO *et al.*, 2012). Segundo FREITAS, TEIXEIRA, PASQUALI (2005), a dimensão “Conscienciosidade” tem se mostrado boa preditora de desempenho escolar, desempenho no treinamento e no trabalho.

O traço/dimensão Extroversão (*Extraversion*) também é chamado de “Expansão”. Indivíduos extrovertidos tendem a ser ativos, entusiasmados, dominantes, sociáveis e eloquentes ou falantes. De acordo com DA SILVA & PÓVOA (2017), a Extroversão inclui fatores primários de sociabilidade, vitalidade, atividade, assertividade, busca de sensações e dominância. Assim, a dimensão introversão caracteriza-se pela disposição a ser quieto, reservado, reflexivo e evitar riscos, enquanto a dimensão Extroversão caracteriza-se pela disposição para ser sociável, simpático e correr riscos (DA SILVA & PÓVOA, 2017). Indivíduos introvertidos tendem a ser retraídos, submissos e quietos (PHILLIPS & MCELROY, 2000; FRIEDMAN & SCHUSTACK, 2004; ANDRADE, 2008). Em outras palavras, “Extroversão” é relacionada com atividade e energia, dominância, expressividade e emoções positivas (BENET-MARTINEZ & JOHN, 1998). Como assinala MCCRAE (2006), os extrovertidos buscam agitação e têm características alegres. Os introvertidos, por sua vez, são sérios, inibidos e demonstram certa necessidade de solidão. Os introvertidos não são necessariamente tímidos, podendo até ter boas habilidades sociais e ser livres de ansiedade social. Muitas vezes, os introvertidos simplesmente

preferem evitar a companhia de outras pessoas (ANDRADE, 2008; HAUCK FILHO *et al.*, 2012).

O traço/dimensão Amabilidade (*Agreeableness*) também é chamado comumente de “Agradabilidade” ou “Sociabilidade”. Indivíduos com altas pontuações nesse traço são agradáveis, amáveis, cooperativos e afetuosos. Indivíduos com uma classificação baixa nessa dimensão podem ser frios e indelicados, preocupados consigo mesmo e seus próprios interesses e, por isso, mais desconfiados (PHILLIPS & MCELROY, 2000; FRIEDMAN & SCHUSTACK, 2004; ANDRADE, 2008; HAUCK FILHO *et al.*, 2012; DA SILVA & PÓVOA, 2017). A referida dimensão caracteriza-se por uma orientação em direção aos demais, incluindo traços como altruísmo, confiança e modéstia (BENET-MARTINEZ & JOHN, 1998).

O traço/dimensão Neuroticismo (*Neuroticism*) também é chamado de “Instabilidade emocional”. Indivíduos neuróticos são geralmente nervosos, altamente sensíveis, tensos e preocupados. Por outro lado, indivíduos emocionalmente estáveis são calmos e satisfeitos (FRIEDMAN & SCHUSTACK, 2004; MCCRAE, 2006). Segundo BENET-MARTÍNEZ & JOHN (1998), o traço “Neuroticismo” contrasta estabilidade emocional com afetos negativos, incluindo ansiedade, tristeza, irritabilidade e tensão nervosa. Como assinala MCCRAE (2006), os indivíduos com alta pontuação no fator “Neuroticismo” tendem a experimentar com maior frequência irritação, melancolia e vergonha. Eles possuem crenças de que devem fazer tudo corretamente e possuem baixo controle de seus impulsos, pois a frustração de seus desejos os perturba muito (PHILLIPS & MCELROY, 2000; ANDRADE, 2008; HAUCK FILHO *et al.*, 2012). Tendem ainda a sofrer de transtornos psicossomáticos e a apresentar reações intensas a todo o tipo de estímulos. Contrariamente, um indivíduo

estável tende a responder a estímulos emocionais de maneira controlada e proporcionada, retornando rapidamente a seu estado normal após uma elevação emocional. Normalmente é equilibrado, calmo, controlado e despreocupado (DA SILVA & PÓVOA, 2017).

Muitos são os questionários de personalidade que têm por base o modelo conceptual dos traços; contudo, são longos, a exemplo do 240 – *Item Neo Personality Inventory, Revised* (NEO-PI-R), 100 – *Item Trait Descriptive Adjectives* (TDA) ou do 60 – *Item Neo Five Factor Inventory* (NEO-FFI), promovem a fadiga do inquirido e aumentam a probabilidade de respostas em branco e ao acaso. Neste sentido, JOHN, DONAHUE & KENTLE (1991 citado em JOHN & SRIVASTAVA, 1999), com o objetivo de criar um breve inventário que permitisse uma avaliação eficiente, flexível, de mensuração rápida e diferenciada dos cinco grandes fatores, desenvolveram o *Big Five Inventory* (BFI). BENET-MARTÍNEZ & JOHN (1998) assinalaram que o BFI era curto e com itens fáceis de compreensão, contrastando com os instrumentos que também avaliavam os CGF da personalidade mas que, eram longos e difíceis como o 240-Item NEO PI-R e o 60-Item NEO-FFI. ARTERBERRY *et al.* (2014) apontaram o benefício do uso do BFI para fornecer mais compreensão dos traços de personalidade que levam a comportamentos adaptativos e mal-adaptativos. Mais importante ainda, segundo os mesmos autores, os clínicos e pesquisadores devem usar medidas confiáveis, como o BFI, em todas as disciplinas para garantir a apresentação de informações mais precisas sobre a mensuração de traços de personalidade.

Neste estudo foi utilizado o Inventário dos Cinco grandes Fatores de Personalidade (IGFP-5), que avalia as cinco grandes dimensões da personalidade, em 44 itens, proposto inicialmente por JOHN *et al.*

(1991 citado em JOHN & SRIVASTAVA, 1999) em Língua Inglesa e, posteriormente, adaptado para a Língua Espanhola por BENET-MARTÍNEZ & JOHN (1998); foi traduzido do Inglês para 28 línguas e aplicado em 17.837 sujeitos de 56 nações. Foi também traduzido para o Português do Brasil e teve as suas propriedades psicométricas testadas por ANDRADE em 2008. A estrutura final da versão brasileira do IGFP-5 ficou composta por 32 itens, sendo nove itens do fator “Abertura”, seis itens do fator “Conscienciosidade”, oito itens do fator “Extroversão”, três do fator “Amabilidade” e seis itens do fator “Neuroticismo”. Os coeficientes de fidedignidade (λ^2 de Guttman) variaram de 0,68 a 0,76. Essa estrutura foi confirmada por meio da análise fatorial confirmatória com ajuste de qualidade razoável (ANDRADE, 2008).

O IGFP-5 foi utilizado em uma população de cirurgia plástica por SIMIS *et al.* (2001). PAVAN *et al.* (2006) e GOLSHANI *et al.* (2016) estudaram traços de personalidade na mesma população, mas usaram o NEO-FFI, que é longo. De qualquer forma, ainda é escassa a avaliação de traços de personalidade em cirurgia plástica.

Os itens do IGFP-5 foram construídos para permitir uma avaliação flexível dos CGF da personalidade quando não há necessidade de uma medida das facetas individuais. Os itens foram selecionados a partir do protótipo das definições do CGF que foram desenvolvidas por meio de especialistas. Subsequentemente, os itens foram analisados por meio da técnica de análise fatorial (BENET-MARTINEZ & JOHN, 1998). Apesar de ser uma medida breve, a cobertura do conteúdo das facetas e as propriedades psicométricas não foram comprometidas. Nos Estados Unidos e Canadá os coeficientes alfa de Cronbach (α) das escalas variaram de 0,75 a 0,90, com média de 0,80. Em um teste-reteste com intervalo de três

meses, os índices de correlação variaram de 0,80 a 0,90, com média de 0,85 (JOHN & SRIVASTAVA, 1999). BENET-MARTÍNEZ & JOHN (1998) apresentaram evidências de validade convergente do IGFP-5 com o NEO-FFI (COSTA & MCCRAE, 2007).

Na versão brasileira ANDRADE (2008), para avaliar a precisão dos fatores do IGFP-5, calculou os índices λ^2 de Guttman e α a partir da amostra total. O fator “Abertura” apresentou índices de λ^2 de Guttman e α iguais a 0,68 e 0,65, respectivamente; o fator “Neuroticismo” apresentou ambos os índices de λ^2 e α iguais a 0,75; já o fator “Extroversão” apresentou os referidos índices iguais a 0,76 e 0,75, respectivamente; no que se refere ao fator “Conscienciosidade”, os índices de λ^2 e α foram iguais a 0,66 e 0,64, respectivamente; por fim, os índices de λ^2 e α do fator “Amabilidade” foram iguais a 0,74 e 0,69, respectivamente. Entretanto, na validação do IGFP-5 para o Português de Portugal, BRITO-COSTA *et al.* (2015) obtiveram um α total de 0,780 e no teste reteste as correlações também foram elevadas e significativas (extroversão=0,89; amabilidade=0,92; conscienciosidade=0,88; neuroticismo=0,89; abertura=0,95), assemelhando-se mais aos resultados dos Estados Unidos e Canadá (JOHN & SRIVASTAVA, 1999).

Os valores de confiabilidade descritos na validação da versão brasileira do IGFP-5 (ANDRADE, 2008) foram semelhantes aos encontrados no presente estudo. Assim, o valor de α para Abertura, Conscienciosidade e Amabilidade foi igual a 0,69; Neuroticismo teve α de 0,68 e Extroversão apresentou valor de α igual a 0,82. Traços de Amabilidade e Extroversão altos foram associados à motivação para a busca da cirurgia plástica por GOLSHANI *et al.* (2016). No presente estudo, um valor de α mais elevado para Extroversão pode estar associado

ao fato de tratar-se de uma casuística de cirurgia plástica, ou à tendência a correr riscos. Por outro lado, traços altos para Extroversão (expressão de emoções positivas) associaram-se à escolaridade, sendo que a maioria da população tinha ensino superior, ou cursava a faculdade de medicina.

Não obstante, o aumento do traço Neuroticismo, no presente estudo, esteve associado ao tempo gasto com a aparência, ao início da insatisfação na adolescência e ao uso de camuflagem; traço de personalidade relacionado à tensão e insegurança, ansiedade e depressão, pessimismo e irritação, impulsividade e vulnerabilidade e à preocupação com a imagem que, em seu extremo, associa-se ao transtorno de personalidade de esquiva (PHILLIPS & MCELROY, 2000).

SWAMI *et al.* (2008), assinalaram que, os traços Neuroticismo e Extroversão, eram preditores para a apreciação corporal. SIMIS *et al.* (2001) acrescentaram que, a insatisfação corporal estava relacionada a problemas emocionais e comportamentais, baixa autoestima, baixo apoio social percebido, ansiedade social, depressão e a traços baixos de Extroversão e altos de Neuroticismo, resultados que foram igualmente relatados por PHILLIPS *et al.* (1998); PAVAN *et al.* (2006) e PHILLIPS & MCELROY (2000). Segundo PHILLIPS & MCELROY (2000), traços de Neuroticismo e Extroversão, por serem hereditários, poderiam ser preditores para os sintomas do TDC. Neste estudo, traços altos de Neuroticismo associaram-se aos sintomas nucleares do TDC e traços altos de Extroversão ao nível de conhecimento e informação. Já traços baixos de Extroversão associaram ao estresse em estudantes de medicina e em profissões mais especializadas.

O aumento do tempo gasto com a aparência mostrou-se associado a maior Neuroticismo, ou seja, a um afeto mais negativo, revelando a

influência do tempo no sofrimento subjetivo, naquelas mulheres que gastavam mais tempo com a aparência no pré para o pós-operatório. SWAMI *et al.* (2013) referiram de forma semelhante que, o Neuroticismo estava associado ao afeto negativo e a uma diminuição da apreciação do corpo, ou seja, à avaliação negativa da imagem corporal. Assinalaram que, dadas as associações entre Neuroticismo e tendência a experimentar estados emocionais negativos e tornar-se facilmente insatisfeito, esse traço de personalidade estava associado a uma imagem corporal mais negativa, conforme se observou no presente estudo. DA SILVA & PÓVOA, em (2017), igualmente associaram Neuroticismo com ansiedade e tensão que poderiam, ser canalizadas para comportamentos compulsivos e imprudentes. De forma idêntica, BRINTON *et al.* (2006) relataram que, as pacientes submetidas à mamoplastia de aumento mostraram risco elevado de suicídio e de óbitos por acidentes com veículos automotores. DA SILVA & PÓVOA (2017) assinalaram ainda uma particularidade importante no traço de personalidade Neuroticismo. Afirmaram que o Neuroticismo estava associado à incapacidade no controle inibitório (DA SILVA & PÓVOA, 2017). Na mesma linha de pensamento, pacientes com TDC apresentam uma incapacidade de resposta inibitória às reações de aversão e ansiedade em relação às falhas percebidas no corpo, porque não compreendem que o grau de insatisfação refere-se ao grau de distorção da imagem corporal. Por isso, procuram o cirurgião plástico.

BARAHMAND, MOZDSETAN, NARIMANI (2010) relataram que a avaliação positiva da aparência estava associada a traços narcísicos e histriônicos e a insatisfação com partes do corpo positivamente correlacionada com traços obsessivo-compulsivos. De acordo com os autores, o TDC parece ser uma manifestação mórbida de tendências

perfeccionistas inflexíveis observadas em transtornos de personalidade obsessivo-compulsivo. Entretanto, há traços de personalidade que são também sintomas do TDC, como o perfeccionismo e características narcísicas e histriônicas, sem que se configure um transtorno de personalidade, revelando assim a complexidade do TDC. Traços de personalidade foram igualmente associados a transtornos de personalidade por PHILLIPS & MCELROY (2000), bem como por GOLSHANI *et al.* (2016) que, ainda apontaram uma correlação entre Neuroticismo e transtornos de personalidade. PHILLIPS *et al.* (1994) encontraram escores altos de Neuroticismo em pacientes com diagnóstico de TDC e PAVAN *et al.* (2006) também referiram que pacientes com TDC apresentavam tendência ao traço Neuroticismo. Neste estudo, o Neuroticismo associou-se a sintomas nucleares do TDC como preocupação e insatisfação corporal expressos no tempo gasto com a aparência antes da cirurgia, início da insatisfação corporal na adolescência e uso de camuflagem para esconder o defeito percebido. Neste contexto, uma vez que o início da insatisfação com a aparência física na adolescência verificou-se em 66,7% das pacientes, talvez se compreenda porque a prevalência do TDC no pré-operatório tenha sido tão alta.

Da mesma forma, o aumento do tempo gasto com a aparência associou-se a níveis mais altos de Conscienciosidade, ou a traços de disciplina e organização. Observou-se redução no escore Abertura indicando a presença de uma personalidade mais fechada, presa à própria rotina e revelando graus de isolamento e reserva, resultado relatado de forma semelhante por PHILLIPS & MCELROY (2000) e PAVAN *et al.* (2006).

Traços de perfeccionismo, sensibilidade estética e inibição comportamental foram associados aos sintomas do TDC (HAY, 1970; PHILLIPS & MCELROY, 2000; SCHIEBER *et al.*, 2013) e são também facetas, ou componentes, dos traços de personalidade de Neuroticismo, Introversão e baixa Abertura. SCHIEBER *et al.* (2013) ainda referiram que, graus mais altos de traços de personalidade foram acompanhados com maiores preocupações dismórficas.

Tal como neste estudo, PHILLIPS & MCELROY (2000) assinalaram uma sobreposição de traços de personalidade e sintomas de TDC, os quais envolviam preocupação proeminente, autoconsciência, ansiedade social, baixa autoestima, antecipação de rejeição e sentimentos de deformidade, constrangimento e vergonha. Por outro lado, segundo os autores, sintomas do TDC normalmente causavam ansiedade, autoconsciência, evitação social, que podiam ser fenotipicamente indistinguíveis de um temperamento neurótico e introvertido. Talvez por isso, PHILLIPS & MCELROY (2000), PHILLIPS *et al.* (1994) e PAVAN *et al.* (2006) observaram em pacientes com TDC traços altos de Neuroticismo e baixos de Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade e Abertura, resultados que foram idênticos ao deste estudo.

O aumento do número de partes do corpo de insatisfação relacionou-se a escores baixos de Conscienciosidade (sem ambição, desinteresse, sem direção e evasiva) e de Amabilidade (desconfiada, preocupada com ela mesma, hostil. Um componente dessa dimensão é o antagonismo que mostra a incompatibilidade de ideias e pontos de vista e que pode ser observado na falta de *insight*), e ao aumento de sintomas negativos da imagem corporal e de TDC, revelando a chance de 5,46 pontos em média maior de diagnóstico de TDC no pós-operatório. De notar que, JAVO &

SORLIE em 2010b referiram que traços de Amabilidade correlacionaram-se com o interesse pela cirurgia. As pacientes que não faziam uso de camuflagem mostraram redução do TDC do pré para o pós-operatório de dois e de quatro meses.

Dessa forma, neste estudo, alguns aspectos interferiram no impacto da mamoplastia de aumento ao longo do tempo: o TDC e respectivos sintomas de imagem corporal negativa como o uso de camuflagem, o tempo gasto com a aparência física, o início da insatisfação na adolescência, o número de partes do corpo de insatisfação que se mesclaram e deram expressão aos traços de personalidade desta casuística. O número de partes do corpo de insatisfação, por representar uma insatisfação mais generalizada, levou ao aumento dos sintomas do TDC e a uma chance maior de TDC no pós-operatório. BENFORD & SWAMI em 2014 referiram que a personalidade afetava as experiências corporais.

As mulheres que gastaram mais de três horas com a imagem apresentaram uma chance de TDC 3,47 vezes maior do que aquelas que gastaram menos tempo no pré-operatório. Do pré-operatório aos dois meses, observou-se uma chance maior de TDC a cada aumento de um incômodo com alguma parte do corpo (3,86 vezes maior) comparativamente às mulheres sem nenhuma parte do corpo de insatisfação.

No presente estudo, as pacientes apresentaram pontuações na média no IGFP-5; entretanto, sintomas do TDC associados ao grau de preocupação e à insatisfação corporal, bem como o tempo de sofrimento subjetivo (início da insatisfação na adolescência), potencializaram traços negativos de personalidade. Não obstante, enquanto que as médias dos traços de Extroversão, Abertura e Conscienciosidade foram mais altas, as

médias dos traços de Neuroticismo e Amabilidade foram mais baixas do que as referidas por GOLSHANI *et al.* em 2016, que também avaliaram uma população de cirurgia plástica. Considerando-se esse panorama, talvez se possa acrescentar que, de uma forma geral, as pacientes que se submeteram à mamoplastia de aumento apresentavam traços de personalidade de proteção. SCHARSCHMIDT *et al.* (2018) relataram que valores altos para Abertura, Extroversão e Amabilidade eram traços de personalidade de proteção.

Após a mamoplastia de aumento, a diminuição das médias do traço Conscienciosidade ao longo do tempo pode ser considerado um resultado positivo já que, no contexto de preocupação e insatisfação com a imagem corporal, observa-se a diminuição de características de disciplina e organização e de busca perseverante em relação aos defeitos percebidos. SIMIS *et al.* (2001) relataram que a experiência de competência e bem estar estava relacionada à percepção subjetiva da aparência. A mamoplastia de aumento ao interferir na diminuição do traço Conscienciosidade pode ter deslocado o valor de competência, centrado apenas no corpo, para outras possibilidades e habilidades.

Ao longo do tempo, e tendo como intervenção a mamoplastia de aumento, características demográficas tiveram efeito nos traços de personalidade, sintomas do TDC e diagnóstico de TDC. Desta forma, observou-se que as características não evoluíram de forma igual para todas as mulheres.

Observou-se que quanto maior era a idade, mais acentuado estava o traço de personalidade Amabilidade (as pacientes mostravam-se mais confiantes e generosas) e Abertura (as pacientes eram mais curiosas e criativas) e menos acentuado era o traço Neuroticismo, ou seja, as pacientes

eram menos ansiosas, preocupadas e deprimidas e mais seguras revelando, portanto, maior estabilidade emocional e satisfação. Esses resultados vão ao encontro dos estudos de PERVIN & JOHN (2004) e ALLEMAND, ZIMPRICH, HENDRIKS (2008), sugerindo que, durante o curso da vida, a personalidade de um indivíduo pode ser marcada tanto por mudança quanto por continuidade. ANDRADE (2008) também encontrou associação entre idade e Amabilidade. Não obstante, SCHARSCHMIDT *et al.* (2018) referiram que, com o aumento da idade, as pacientes revelaram traços de maior Neuroticismo e Abertura. Considerando-se o contexto da insatisfação corporal, podemos inferir que algumas características são também fatores de proteção (SCHARSCHMIDT *et al.*, 2018).

A raça influenciou os traços Conscienciosidade e Abertura no tempo. Enquanto que as mulheres brancas e pardas diminuíram características de disciplina, organização e de busca perseverante em relação aos defeitos percebidos, o mesmo não foi observado nas mulheres negras e amarelas, que continuaram obstinadas em relação aos cuidados com a aparência e menos curiosas e criativas.

O estado civil também influenciou o traço Conscienciosidade no tempo. As mulheres casadas apresentaram características de maior disciplina, organização e de busca perseverante em relação aos defeitos do que as solteiras e divorciadas. Já o número de filhos foi significativo para o traço Neuroticismo e Amabilidade. Quanto maior era o número de filhos, mais preocupadas, ansiosas e desconfiadas eram as mulheres, considerando-se o contexto da intervenção cirúrgica.

Observou-se que o grupo das mulheres ateias e de outras religiões, que não a católica, apresentou uma redução no traço Abertura no pós-operatório de quatro meses. Ou seja, tornaram-se mais reservadas e

fechadas, manifestando certo isolamento. Especificamente as mulheres evangélicas, do pré-operatório aos dois meses de pós-operatório, apresentaram um aumento no traço Neuroticismo que revela características de preocupação e ansiedade. No pré-operatório essas mulheres tinham apresentado média de traço Abertura maior que as católicas, talvez associado à euforia da própria cirurgia. Em uma meta-análise realizada por SAROGLU (2002), o traço Abertura foi inversamente relacionado com medidas de fundamentalismo religioso e com medidas de religiosidade intrínseca (nível de religiosidade particular), e diretamente relacionado com medidas de espiritualidade, abertura e maturidade religiosa. Já MCCULLOUGH, TSANG, BRION (2003), indicaram a importância do traço Conscienciosidade como preditor do grau de religiosidade. SAROGLU (2002) indicou ainda que, além dos traços de Conscienciosidade e Amabilidade, tal como também referido por ANDRADE (2008), a religiosidade é relacionada com Extroversão.

Entretanto, as mulheres evangélicas apresentaram uma diminuição dos sintomas de TDC quando comparadas com as mulheres católicas aos dois meses de pós-operatório.

Considerando-se a escolaridade, notou-se uma redução maior de Extroversão e uma chance maior de TDC do pré para dois meses de pós-operatório em mulheres com nível médio comparativamente às mulheres com nível superior de escolaridade. Ou seja, mulheres com ensino superior apresentaram-se mais sociáveis, ativas, falantes e orientadas para as pessoas, otimistas, divertidas e afetuosas e esses traços de fato as afastam de sintomas do TDC. Entretanto o traço Neuroticismo, cujas características podem ser preocupação, nervosismo, emoção, insegurança, inadequação e comportamento hipocondríaco, relacionadas portanto a níveis de estresse,

esteve mais acentuado em estudantes e em profissionais com cargos mais especializados como altos executivos e profissionais liberais/gerentes ou proprietários de empresa média, profissionais médios/cargos administrativos/gerente ou proprietário de pequena empresa e estudantes.

Nos períodos pré e pós-operatório de dois e quatro meses, as pacientes responderam individualmente aos questionários de avaliação (BDSS-UNIFESP/EPM e IGFP-5. A entrevista clínica pelo SCID-I foi realizada por uma psicóloga clínica com experiência no diagnóstico do TDC. Por questões de respeito à ordem de chegada e posição na lista de espera pelo procedimento, no serviço ambulatorial, as pacientes foram selecionadas consecutivamente obedecendo aos critérios de elegibilidade e após avaliação das mamas pelo cirurgião plástico, segundo o índice de Sacchini (SACCHINI *et al.*, 1991). Optou-se pelos períodos de avaliação nesse formato uma vez que, em média, no segundo mês após o procedimento de mastoplastia de aumento as pacientes já se estabeleceram na sua rotina anterior ao procedimento. FIGUEIROA-HAAS, (2009) relataram que os resultados finais da mastoplastia de aumento puderam ser obtidos ao final de um mês do procedimento, quando as mamas se apresentavam com aparência e consistência mais natural. Pacientes que se submetiam à mastoplastia de aumento relatavam que retornavam às suas atividades normais em 25 dias (SWANSON, 2013). As mulheres incorporam as mudanças da cirurgia estética e integram rapidamente as mamas aumentadas à sua imagem corporal. RANKIN *et al.* (1998) avaliaram a qualidade de vida em pacientes submetidas a procedimentos estéticos, como a mastoplastia de aumento, nos períodos pré e pós-operatórios de três e seis meses e referiram melhora já após o terceiro mês, sendo que, a melhora se mantinha no sexto mês. ALDERMAN *et al.* (2016)

avaliaram as pacientes no pré-operatório e nos períodos de um e quatro anos após a cirurgia. Após um ano, houve melhora na satisfação das pacientes com as mamas e no bem-estar psicossocial que, foi mantida após quatro anos do procedimento. O estudo assinalou assim a melhora da qualidade de vida nas pacientes submetidas à mamoplastia de aumento.

O tamanho da casuística foi baseado em estudos de qualidade de vida em mamoplastia de aumento (NETO *et al.*, 2012; GUIMARAES *et al.*, 2015) e se mostrou suficiente para a obtenção de resultados comparáveis aos de outros estudos por meio de análise estatística. Entretanto, é também uma limitação do estudo, na medida em que, por tratar-se de uma intervenção essencialmente estética dentro de um hospital escola, a própria instituição limitou o tamanho da casuística em 40 candidatas à mamoplastia de aumento.

As pacientes apresentaram média de idade de 28,1 anos (DP=6,2 anos), sendo observada uma idade mínima de 19 anos e máxima de 42 anos. GOLSHANI *et al.* (2016) avaliaram traços de personalidade em diferentes especialidades de cirurgia plástica, incluindo a mamoplastia, e relataram que a média de idade dos pacientes foi de 30 anos (DP=8,3 anos), sendo observada uma idade mínima de 18 anos e máxima de 58 anos. Já SIMIS *et al.* (2001) utilizaram o BFI em adolescentes entre 12 a 22 anos, e respectivos pais, que buscaram a cirurgia plástica.

Neste estudo, 63,9% tinha, ou frequentava, o curso superior. Dessa forma, não houve dificuldade no preenchimento dos questionários autoadministrados ou no entendimento da entrevista clínica para diagnóstico do TDC.

Considerando os dados sociodemográficos, os resultados deste estudo foram muito semelhantes aos de ANDRADE (2008) que validou o IGFP-5 no Brasil.

A mamoplastia de aumento provocou a melhora do comprometimento psicossocial das pacientes com TDC e esse é o seu valor terapêutico.

A diminuição do comprometimento psicossocial da doença mental é o principal objetivo do tratamento em saúde mental, seja farmacológico ou psicoterápico. Nesse sentido, considerando que a doença mental se instala quando o corpo e a mente estão em conflito, a cirurgia plástica pode ser uma alternativa de tratamento médico proposto para pacientes em sofrimento psíquico com a aparência física.

A mastoplastia de aumento com inclusão de implante mamário bilateral é um procedimento estético cirúrgico que vai muito além de uma melhora na aparência física da mulher. Os benefícios da intervenção na qualidade de vida devem ser considerados e valorizados como uma importante opção de melhoria do bem-estar, da saúde no seu sentido mais amplo e pleno. Não obstante, esclarecer os pacientes em relação às limitações de cada procedimento e adequar as expectativas dos mesmos à realidade é imprescindível para garantir a satisfação e a melhora na qualidade de vida após a intervenção (WENGLE, 1986; GLASER & KAMINER, 2005; PAVAN *et al.*, 2006; MCGRATH, 2007; MALICK *et al.*, 2008; KLASSEN *et al.*, 2009; LAI *et al.*, 2010; PECORARI *et al.*, 2010; SOLVI *et al.*, 2010; GOLSHANI *et al.*, 2016).

O perfil de personalidade sugerido pelos dados foi caracterizado por médias de níveis mais altos de Extroversão, Abertura e Conscienciosidade e traços mais baixos de Neuroticismo e Amabilidade. Assim, as pacientes

deste estudo eram extrovertidas e curiosas, valorizavam aspectos estéticos de uma forma geral, com observação atenta e disciplinada (fixa) em relação à aparência física, centradas em seu próprio interesse (corpo) mais que nos outros, mas de uma forma geral equilibradas emocionalmente. A mamoplastia de aumento interferiu de forma significativa no traço Conscienciosidade, que neste contexto, pode ser considerado um resultado positivo pela diminuição da atenção e disciplina em relação ao investimento corporal.

Sugere-se que a utilização do IGFP-5 ocorra principalmente no contexto de pesquisa e triagem psicológica. Por se tratar de uma medida reduzida e de rápida aplicação, ela pode ser facilmente utilizada em estudos transculturais (ANDRADE, 2008).

Como perspectivas do estudo, sugere-se avaliar traços de personalidade em casuísticas maiores e em mais subespecialidades de cirurgia plástica, na medida em que se identificou estreita relação com os sintomas nucleares do TDC.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A mamoplastia de aumento diminuiu o transtorno dismórfico corporal, o comprometimento psicossocial e o traço Conscienciosidade.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

- Abla LE, Sabino Neto M, Garcia EB, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem outcomes following augmentation mammoplasty. *Rev Bras Mastol*. 2010 Jan-Mar;20(1):22-6.
- Alderman A, Pusic A, Murphy DK. Prospective Analysis of Primary Breast Augmentation on Body Image Using the BREAST-Q: Results from a Nationwide Study. *Plast Reconstr Surg*. 2016 Jun;137(6):954e-60e. doi: 10.1097/prs.0000000000002183.
- Alderman AK, Bauer J, Fardo D, Abrahamse P, Pusic A. Understanding the effect of breast augmentation on quality of life: prospective analysis using the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2014 Apr;133(4):787-95. doi: 10.1097/prs.0000000000000023.
- Allemand M, Zimprich D, Hendriks AA. Age differences in five personality domains across the life span. *Dev Psychol*. 2008 May;44(3):758-70. doi: 10.1037/0012-1649.44.3.758.
- 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.
- Alves MC, Abla LE, Santos Rde A, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem outcomes following rhytidoplasty. *Ann Plast Surg*. 2005 May;54(5):511-4; discussion 5-6.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Nascimento MI, tradutora. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados; p. 235-64.
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery. Cosmetic (Aesthetic) Surgery National Data Bank Statistic: we are aesthetcs [Internet]. Garden Grove (CA): The Aesthetic Society; 2018 [cited 2018 Sep 3]. Available from: <https://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2018.pdf>

American Society of Plastic Surgeons. 2018 Plastic Surgery Statistics [Internet]. Arlington Heights (IL): American Society of Plastic Surgeons; 2018 [cited 2018 Sep 3]. Available from: <https://www.plasticsurgery.org/news/plastic-surgery-statistics>

Andrade JM. Evidências de validade do inventário dos cinco grandes fatores de personalidade para o Brasil [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.

Andreasen NC, Bardach J. Dismorphophobia: symptom or disease? *Am J Psychiatry*. 1977 Jun;134(6):673-6. doi: 10.1176/ajp.134.6.673.

Arterberry BJ, Martens MP, Cadigan JM, Rohrer D. Application of Generalizability Theory to the Big Five Inventory. *Pers Individ Dif*. 2014 Oct;69:98-103. doi: 10.1016/j.paid.2014.05.015.

Barahmand U, Mozdsetan N, Narimani M. Body dysmorphic traits and personality disorder patterns in rhinoplasty seekers. *Asian J Psychiatr*. 2010 Dec;3(4):194-9. doi: 10.1016/j.ajp.2010.09.005.

Beale S, Lisper HO, Palm B. A psychological study of patients seeking augmentation mammoplasty. *Br J Psychiatry*. 1980 Feb;136:133-8.

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. doi: 10.1016/j.psychres.2005.06.010.

Benet-Martinez V, John OP. Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *J Pers Soc Psychol*. 1998 Sep;75(3):729-50.

Benford K, Swami V. Body image and personality among British men: associations between the Big Five personality domains, drive for muscularity, and body appreciation. *Body Image*. 2014 Sep;11(4):454-7. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.07.004.

Birtchnell S, Lacey JH. Augmentation and reduction mammoplasty: demographic and obstetric differences in women attending a National Health Service clinic. *Postgrad Med J*. 1988 Aug;64(754):587-9.

- Birtchnell S, Whitfield P, Lacey JH. Motivational factors in women requesting augmentation and reduction mammoplasty. *J Psychosom Res.* 1990;34(5):509-14.
- Boulton TN, Malacrida C. Women and cosmetic breast surgery: weighing the medical, social, and lifestyle risks. *Qual Health Res.* 2012 Apr;22(4):511-23. doi: 10.1177/1049732311421774.
- Bowyer L, Krebs G, Mataix-Cols D, Veale D, Monzani B. A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2016 Dec;19:1-8. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.07.001.
- Brinton LA, Brown SL, Colton T, Burich MC, Lubin J. Characteristics of a population of women with breast implants compared with women seeking other types of plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Mar;105(3):919-27; discussion 28-9.
- Brinton LA, Lubin JH, Murray MC, Colton T, Hoover RN. Mortality rates among augmentation mammoplasty patients: an update. *Epidemiology.* 2006 Mar;17(2):162-9. doi: 10.1097/01.ede.0000197056.84629.19.
- Brito-Costa S, Bem-Haja P, Moissão A, Alberty A, Castro FV, De Almeida H. [Psychometric properties of portuguese version of Big Five Inventory (BFI)]. *Int J Dev Educ Psychol.* 2015;1(2):83-94. Portuguese. doi: 10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.325.
- Chao AH, Garza R 3rd, Povoski SP. A review of the use of silicone implants in breast surgery. *Expert Rev Med Devices.* 2016;13(2):143-56. doi: 10.1586/17434440.2016.1134310.
- Costa PT Jr, McCrae RR. Four ways five factors are basic. *Pers Individ Dif.* 1992 Jun 1;13(6):653-65. doi: 10.1016/0191-8869(92)90236-I.
- Costa PT Jr, McCrae RR. NEO PI-R: Inventário de Personalidade NEO Revisado e Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado NEO-FFI-R [Versão curta]. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica; 2007.
- Crerand CE, Infield AL, Sarwer DB. Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plast Surg Nurs.* 2007 Jul-Sep;27(3):146-54. doi: 10.1097/01.PSN.0000290284.49982.0c.

- Crerand CE, Infield AL, Sarwer DB. Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plast Surg Nurs*. 2009 Jan-Mar;29(1):49-57; quiz 8-9. doi: 10.1097/01.PSN.0000347725.13404.5f.
- Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005 Nov-Dec;46(6):549-55. doi: 10.1176/appi.psy.46.6.549.
- Da Silva AL, Freire MA, Sabino Neto M, Garcia ÉB, Ferreira LM. [Quality of life after surgical treatment of primary breast asymmetry]. *Sci Med [Internet]*. 2007 Jan-Mar [cited 2019 Mar 16];17(1):9-13. Portuguese. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/File/1637/1838>
- da Silva JR, Póvoa RM. [Personality traits as predictors of anxiety and aggression in contrasted groups: clinical and non-clinical]. *Rev Bras de Ter Comp Cogn*. 2017;19(2):63-88. doi: 10.31505/rbtcc.v19i2.1033.
- Davanco RA, Sabino Neto M, Garcia EB, Matsuoka PK, Huijsmans JP, Ferreira LM. Quality of life in the surgical treatment of gynecomastia. *Aesthetic Plast Surg*. 2009 Jul;33(4):514-7. doi: 10.1007/s00266-008-9213-z.
- de Aquino MS, Haddad A, Ferreira LM. Assessment of quality of life in patients who underwent minimally invasive cosmetic procedures. *Aesthetic Plast Surg*. 2013 Jun;37(3):497-503. doi: 10.1007/s00266-012-9992-0.
- de Brito MJ, de Almeida Arruda Felix G, Nahas FX, Tavares H, Cordas TA, Dini GM, *et al*. Body dysmorphic disorder should not be considered an exclusion criterion for cosmetic surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2015a Feb;68(2):270-2. doi: 10.1016/j.bjps.2014.09.046.
- de Brito MJ, Nahas FX, Barbosa MV, Dini GM, Kimura AK, Farah AB, *et al*. Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem, and mental health. *Ann Plast Surg*. 2010 Jul;65(1):5-10. doi: 10.1097/SAP.0b013e3181bc30f7.
- de Brito MJ, Nahas FX, Bussolaro RA, Shinmyo LM, Barbosa MV, Ferreira LM. Effects of abdominoplasty on female sexuality: a pilot study.

J Sex Med. 2012 Mar;9(3):918-26. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02583.x.

de Brito MJ, Nahas FX, Cordas TA, Gama MG, Sucupira ER, Ramos TD, *et al.* Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Symptoms and Body Weight Concerns in Patients Seeking Abdominoplasty. *Aesthet Surg J.* 2016a Mar;36(3):324-32. doi: 10.1093/asj/sjv213.

de Brito MJ, Nahas FX, Cordas TA, Tavares H, Ferreira LM. Body Dysmorphic Disorder in Patients Seeking Abdominoplasty, Rhinoplasty, and Rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 2016b Feb;137(2):462-71. doi: 10.1097/01.prs.0000475753.33215.8f.

de Brito MJ, Sabino Neto M, de Oliveira MF, Cordas TA, Duarte LS, Rosella MF, *et al.* Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS): Brazilian Portuguese translation, cultural adaptation and validation. *Braz J Psychiatry.* 2015b Oct-Dec;37(4):310-6. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1664.

DeYoung CG, Hirsh JB, Shane MS, Papademetris X, Rajeevan N, Gray JR. Testing predictions from personality neuroscience. Brain structure and the big five. *Psychol Sci.* 2010 Jun;21(6):820-8. doi: 10.1177/0956797610370159.

Diaz JF. Review of 494 Consecutive Breast Augmentation Patients: System to Improve Patient Outcomes and Satisfaction. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2017 Oct;5(10):e1526. doi: 10.1097/gox.0000000000001526.

Didie ER, Phillips KA. Re: "Mortality among Canadian women with cosmetic breast implants". *Am J Epidemiol.* 2007 Apr 1;165(7):846; author reply -7. doi: 10.1093/aje/kwk120.

Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Translation into Portuguese, Cultural Adaptation and Validation of the Rosenberg Self-esteem Scale. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2004;19(1):41-52.

Fang A, Hofmann SG. Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clin Psychol Rev.* 2010 Dec;30(8):1040-8. doi: 10.1016/j.cpr.2010.08.001.

Felix GA, de Brito MJ, Nahas FX, Tavares H, Cordas TA, Dini GM, *et al.* Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2014 May;67(5):646-54. doi: 10.1016/j.bjps.2014.01.002.

Figueroa-Haas C. Psychological issues associated with breast augmentation. *Issues Ment Health Nurs.* 2009 Jun;30(6):377-82. doi: 10.1080/01612840802488657.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders. New York: Biometrics Research Department; 1998.

Flageul G, Godefroy M, Lacoeyllhe G. [The therapeutic function of the aesthetic surgery]. *Ann Chir Plast Esthet.* 2003 Oct;48(5):247-56. French.

Fonseca CC, Veiga DF, Garcia EDS, Cabral IV, de Carvalho MM, de Brito MJA, *et al.* Breast Hypertrophy, Reduction Mammoplasty, and Body Image. *Aesthet Surg J.* 2018 Aug 16;38(9):972-9. doi: 10.1093/asj/sjx271.

Freitas LC, Teixeira RG, Pasquali L. Base teórica para a construção de um instrumento psicológico para medir o construto conscienciosidade [resumo]. In: II Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica: desafios para a formação, prática e pesquisa [CD-ROM]; 2005 May 17-20; Gramado. São Paulo: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica; 2005.

Friedman HS, Schustack MW. Teorias da personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna. 2a ed. São Paulo: Prentice Hall; 2004.

García LF. Teorias Psicométricas da Pernalidade. In: Flores-Mendoza C, Colom R, editors. Introdução à psicologia das diferenças individuais. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 219-41.

Gazzaniga MS, Heatherton TF. Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento. Porto Alegre: ArtMed; 2005.

Glaser DA, Kaminer MS. Body dysmorphic disorder and the liposuction patient. *Dermatol Surg.* 2005 May;31(5):559-60; discussion 61.

Goetz ER, Camargo BV, Bertoldo RB, Justo AM. [Social representation of the body in press media]. *Psicol Soc.* 2008;20(2):226-36. Portuguese. doi: 10.1590/S0102-71822008000200010.

Golshani S, Mani A, Toubaei S, Farnia V, Sepehry AA, Alikhani M. Personality and Psychological Aspects of Cosmetic Surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 2016 Feb;40(1):38-47. doi: 10.1007/s00266-015-0592-7.

Guimaraes PA, Resende VC, Sabino Neto M, Seito CL, de Brito MJ, Abla LE, *et al.* Sexuality in Aesthetic Breast Surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 2015 Dec;39(6):993-9. doi: 10.1007/s00266-015-0574-9.

Hauck Filho N, Machado WdL, Teixeira MA, Bandeira DR. [Validity evidences of mini-markers for assessing the big five personality mode]. *Psicol: Teor Pesq.* 2012;28(4):417-23. Portuguese. doi: 10.1590/S0102-37722012000400007.

Hay GG. Dymorphophobia. *Br J Psychiatry.* 1970 Apr;116(533):399-406.

Hollingshead AB. Four-factor index of social status [Internet]. New Haven (CT): Yale University; 1975 [cited 2019 Mar 16]. Available from: <https://artlesstanzim.files.wordpress.com/2014/05/hollinghead-four-factors-2.pdf>

Holmich LR, Breiting VB, Fryzek JP, Brandt B, Wolthers MS, Kjoller K, *et al.* Long-term cosmetic outcome after breast implantation. *Ann Plast Surg.* 2007 Dec;59(6):597-604. doi: 10.1097/SAP.0b013e31803c7c78.

International Society of Aesthetic Plastic Surgery. The international study on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2018 [Internet]. Hanover (NH): ISAPS; 2018 [cited 2018 Sep 3]. Available from: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2018/plastic-surgery-statistics-full-report-2018.pdf>

Jacobsen PH, Holmich LR, McLaughlin JK, Johansen C, Olsen JH, Kjoller K, *et al.* Mortality and suicide among Danish women with cosmetic breast implants. *Arch Intern Med.* 2004 Dec 13-27;164(22):2450-5. doi: 10.1001/archinte.164.22.2450.

Javo IM, Sorlie T. Psychosocial characteristics of young Norwegian women interested in liposuction, breast augmentation, rhinoplasty, and abdominoplasty: a population-based study. *Plast Reconstr Surg*. 2010a May;125(5):1536-43. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181d5135a.

Javo IM, Sorlie T. Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery among young Norwegian women: a population-based study. *Plast Surg Nurs*. 2010b Jul-Sep;30(3):180-6. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181bcf290.

John OP, Donahue EM, Kentle RL. *The Big Five Inventory. Versions 4a and 54*. Berkeley (CA): University of California: Institute of Personality and Social Research; 1991.

John OP, Srivastava S. The big-five trait taxonomy: history, measurement, and theoretical perspectives. In: Pervin L, John OP, editors. *Handbook of personality: theory and research*. 2a ed. Nova York: Guilford Press; 1999. p. 102-38.

Kalaaji A, Bjertness CB, Nordahl C, Olafsen K. Survey of breast implant patients: characteristics, depression rate, and quality of life. *Aesthet Surg J*. 2013 Feb;33(2):252-7. doi: 10.1177/1090820x12473106.

Kaymak Y, Taner E, Simsek I. Body dysmorphic disorder in university students with skin diseases compared with healthy controls. *Acta Derm Venereol*. 2009;89(3):281-4. doi: 10.2340/00015555-0638.

Kjoller K, Holmich LR, Fryzek JP, Jacobsen PH, Friis S, McLaughlin JK, *et al*. Characteristics of women with cosmetic breast implants compared with women with other types of cosmetic surgery and population-based controls in Denmark. *Ann Plast Surg*. 2003 Jan;50(1):6-12. doi: 10.1097/01.Sap.0000029623.27481.54.

Klassen AF, Pusic AL, Scott A, Klok J, Cano SJ. Satisfaction and quality of life in women who undergo breast surgery: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2009 May 1;9:11. doi: 10.1186/1472-6874-9-11.

Klesmer J. Mortality in Swedish women with cosmetic breast implants: body dysmorphic disorder should be considered. *Bmj*. 2003 Jun 7;326(7401):1266-7. doi: 10.1136/bmj.326.7401.1266-b.

Knorr NJ, Edgerton MT, Hoopes JE. The "insatiable" cosmetic surgery patient. *Plast Reconstr Surg.* 1967 Sep;40(3):285-9.

Koff E, Benavage A. Breast size perception and satisfaction, body image, and psychological functioning in caucasian and asian American College Women. *Sex Roles.* 1998 Apr;38(7-8):655–73. doi: 10.1023/A:1018802928210.

Koot VC, Peeters PH, Granath F, Grobbee DE, Nyren O. Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants: prospective study. *Bmj.* 2003 Mar 8;326(7388):527-8. doi: 10.1136/bmj.326.7388.527.

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. doi: 10.1016/s1607-551x(10)70075-9.

Lipworth L, Kjoller K, Holmich LR, Friis S, Olsen JH, McLaughlin JK. Psychological characteristics of Danish women with cosmetic breast implants. *Ann Plast Surg.* 2009 Jul;63(1):11-4. doi: 10.1097/SAP.0b013e3181857318.

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. doi: 10.1007/s11920-010-0115-9.

Lipworth L, Nyren O, Ye W, Fryzek JP, Tarone RE, McLaughlin JK. Excess mortality from suicide and other external causes of death among women with cosmetic breast implants. *Ann Plast Surg.* 2007 Aug;59(2):119-23; discussion 24-5. doi: 10.1097/SAP.0b013e318052ac50.

Losken HW. Psychological aspects of breast surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 1990 Spring;14(2):107-9.

Malick F, Howard J, Koo J. Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatol Ther.* 2008 Jan-Feb;21(1):47-53. doi: 10.1111/j.1529-8019.2008.00169.x.

Mazur A. U.S. trends in feminine beauty and overadaptation. *J Sex Res.* 1986 Aug;22(3):281-303. doi: 10.1080/00224498609551309.

McAdams DP, Pals JL. A new Big Five: fundamental principles for an integrative science of personality. *Am Psychol.* 2006 Apr;61(3):204-17. doi: 10.1037/0003-066x.61.3.204.

McCarthy CM, Cano SJ, Klassen AF, Scott A, Van Laeken N, Lennox PA, *et al.* The magnitude of effect of cosmetic breast augmentation on patient satisfaction and health-related quality of life. *Plast Reconstr Surg.* 2012 Jul;130(1):218-23. doi: 10.1097/PRS.0b013e318254b3bc.

McCrae RR. O que é personalidade? In: Flores-Mendoza C, Colom R, editors. *Introdução à psicologia das diferenças individuais.* Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 203-18.

McCrae RR, Costa PT Jr. A Five-Factor theory of personality. In: Pervin LA, John OP, editors. *Handbook of personality: theory and research.* New York (NY): Guilford Press; 1999. p. 139-53.

McCullough ME, Tsang JA, Brion S. Personality traits in adolescence as predictors of religiousness in early adulthood: findings from the Terman Longitudinal Study. *Pers Soc Psychol Bull.* 2003 Aug;29(8):980-91. doi: 10.1177/0146167203253210.

McGrath MH. The psychological safety of breast implant surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2007 Dec;120(7 Suppl 1):103s-9s. doi: 10.1097/01.prs.0000286672.57053.be.

McLaughlin JK. Do cosmetic breast implants cause suicide? *Plast Reconstr Surg.* 2003 Nov;112(6):1721-3. doi: 10.1097/01.Prs.0000091323.49416.F9.

McLaughlin JK, Lipworth L, Tarone RE. Suicide among women with cosmetic breast implants: a review of the epidemiologic evidence. *J Long Term Eff Med Implants.* 2003;13(6):445-50.

McLaughlin JK, Wise TN, Lipworth L. Increased risk of suicide among patients with breast implants: do the epidemiologic data support psychiatric consultation? *Psychosomatics.* 2004 Jul-Aug;45(4):277-80. doi: 10.1176/appi.psy.45.4.277.

- Meyer L, Ringberg A. Augmentation mammoplasty--psychiatric and psychosocial characteristics and outcome in a group of Swedish women. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 1987;21(2):199-208.
- Morselli PG, Boriani F. Should plastic surgeons operate on patients diagnosed with body dysmorphic disorders? *Plast Reconstr Surg*. 2012 Oct;130(4):620e-2e; author reply 2e. doi: 10.1097/PRS.0b013e318262f65b.
- Muhlbauer W, Holm C, Wood DL. The thesites complex in plastic surgical patients. *Plast Reconstr Surg*. 2001 Feb;107(2):319-26.
- Napoleon A. The presentation of personalities in plastic surgery. *Ann Plast Surg*. 1993 Sep;31(3):193-208.
- Neto MS, Abla LE, Lemos AL, Garcia EB, Enout MJ, Cabral NC, *et al*. The impact of surgical treatment on the self-esteem of patients with breast hypertrophy, hypomastia, or breast asymmetry. *Aesthetic Plast Surg*. 2012 Feb;36(1):223-5. doi: 10.1007/s00266-011-9785-x.
- Nikolic J, Janjic Z, Marinkovic M, Petrovic J, Bozic T. Psychosocial characteristics and motivational factors in woman seeking cosmetic breast augmentation surgery. *Vojnosanit Pregl*. 2013 Oct;70(10):940-6.
- Nunes CH, Hutz CS. [Development and validation of an Agreeableness scale in the Big Five personality model]. *Psicol Reflex Crit*. 2007;20(1):20-5. Portuguese. doi: 10.1590/S0102-79722007000100004.
- Offodile AC 2nd, Prigerson H, Craft RO, Liu A, Guo L. Impact of personality traits on choice and perceptions of autologous breast reconstruction. *J Reconstr Microsurg*. 2015 Feb;31(2):139-44. doi: 10.1055/s-0034-1390246.
- Parker LS. Social justice, federal paternalism, and feminism: breast implants in the cultural context of female beauty. *Kennedy Inst Ethics J*. 1993 Mar;3(1):57-76.
- Pavan C, Azzi M, Lancerotto L, Marini M, Busetto L, Bassetto F, *et al*. Overweight/obese patients referring to plastic surgery: temperament and personality traits. *Obes Surg*. 2013 Apr;23(4):437-45. doi: 10.1007/s11695-012-0769-y.

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. doi: 10.1007/s00266-008-9113-2.

Pavan C, Vindigni V, Semenzin M, Mazzoleni F, Gardiolo M, Simonato P, *et al.* Personality, temperament and clinical scales in an Italian Plastic Surgery setting: what about body dysmorphic disorder? *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2006;10(2):91-6. doi: 10.1080/13651500500487677.

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. doi: 10.1016/j.bjps.2008.11.070.

Penaud A, De Mortillet S. [Evaluation of the psychological benefits of breast augmentation for aesthetic purposes. Results of a multicenter prospective study of a series of 181 patients]. *Ann Chir Plast Esthet.* 2013 Feb;58(1):10-7. French. doi: 10.1016/j.anplas.2012.09.004.

Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D, Frare F, Di Vaio S, Cassano GB. Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *J Nerv Ment Dis.* 1997 Sep;185(9):578-82.

Pervin LA, John OP. *Personalidade: teoria e pesquisa.* 8a ed. Porto Alegre: Artmed 2004.

Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim psychiatry.* 2007 Dec;14(12):58-66.

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

Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol.* 2000 Jul-Aug;1(4):235-43. doi: 10.2165/00128071-200001040-00005.

- 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. doi: 10.1176/appi.psy.42.6.504.
- Phillips KA, Gunderson JG, Triebwasser J, Kimble CR, Faedda G, Lyoo IK, *et al*. Reliability and validity of depressive personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1998 Aug;155(8):1044-8. doi: 10.1176/ajp.155.8.1044.
- Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2000 Jul-Aug;41(4):229-36. doi: 10.1053/comp.2000.7429.
- Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Hudson JI, Pope HG Jr. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull*. 1994;30(2):179-86.
- Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, *et al*. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Jun;27(6):573-91. doi: 10.1002/da.20709.
- Pukkala E, Kulmala I, Hovi SL, Hemminki E, Keskimaki I, Pakkanen M, *et al*. Causes of death among Finnish women with cosmetic breast implants, 1971-2001. *Ann Plast Surg*. 2003 Oct;51(4):339-42; discussion 43-4. doi: 10.1097/01.sap.0000080407.97677.A5.
- Ramos TD, Brito MJ, Piccolo MS, Rosella MF, Sabino MN, Ferreira LM. Body Dysmorphic Symptoms Scale for patients seeking esthetic surgery: cross-cultural validation study. *Sao Paulo Med J*. 2016 Nov-Dec;134(6):480-90. doi: 10.1590/1516-3180.2016.0068160416.
- Rankin M, Borah GL, Perry AW, Wey PD. Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 1998 Nov;102(6):2139-45; discussion 46-7.
- Reese HE, McNally RJ, Wilhelm S. Facial asymmetry detection in patients with body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther*. 2010 Sep;48(9):936-40. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.021.

Rohrich RJ, Adams WP Jr, Potter JK. A review of psychological outcomes and suicide in aesthetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Jan;119(1):401-8. doi: 10.1097/01.prs.0000245342.06662.00.

Saariniemi KM, Helle MH, Salmi AM, Peltoniemi HH, Charpentier P, Kuokkanen HO. The effects of aesthetic breast augmentation on quality of life, psychological distress, and eating disorder symptoms: a prospective study. *Aesthetic Plast Surg*. 2012 Oct;36(5):1090-5. doi: 10.1007/s00266-012-9917-y.

Sabino Neto M, da Silva AL, Garcia EB, Freire M, Ferreira L. Quality of life and self-esteem after breast asymmetry surgery. *Aesthet Surg J*. 2007 Nov-Dec;27(6):616-21. doi: 10.1016/j.asj.2007.09.002.

Sabino Neto M, Dematte MF, Freire M, Garcia EB, Quaresma M, Ferreira LM. Self-esteem and functional capacity outcomes following reduction mammoplasty. *Aesthet Surg J*. 2008 Jul-Aug;28(4):417-20. doi: 10.1016/j.asj.2008.04.006.

Sacchini V, Luini A, Tana S, Lozza L, Galimberti V, Merson M, *et al*. Quantitative and qualitative cosmetic evaluation after conservative treatment for breast cancer. *Eur J Cancer*. 1991;27(11):1395-400.

Saroglou V. Religion and the five factors of personality: a meta-analytic review. *Pers Individ Dif*. 2002 Jan 5;32(1):15-25. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00233-6.

Sarwer DB. The psychological aspects of cosmetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Dec;120(7 Suppl 1):110s-7s. doi: 10.1097/01.prs.0000286591.05612.72.

Sarwer DB, Bartlett SP, Bucky LP, LaRossa D, Low DW, Pertschuk MJ, *et al*. Bigger is not always better: body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998 Jun;101(7):1956-61; discussion 62-3.

Sarwer DB, Brown GK, Evans DL. Cosmetic breast augmentation and suicide. *Am J Psychiatry*. 2007 Jul;164(7):1006-13. doi: 10.1176/ajp.2007.164.7.1006.

- Sarwer DB, LaRossa D, Bartlett SP, Low DW, Bucky LP, Whitaker LA. Body image concerns of breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg*. 2003 Jul;112(1):83-90. doi: 10.1097/01.Prs.0000066005.07796.51.
- Sarwer DB, Zanville HA, LaRossa D, Bartlett SP, Chang B, Low DW, *et al*. Mental health histories and psychiatric medication usage among persons who sought cosmetic Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2004 Dec;114(7):1927-33; discussion 34-5.
- Scharschmidt D, Mirastschijski U, Preiss S, Brahler E, Fischer T, Borkenhagen A. Body Image, Personality Traits, and Quality of Life in Botulinum Toxin A and Dermal Filler Patients. *Aesthetic Plast Surg*. 2018 Aug;42(4):1119-25. doi: 10.1007/s00266-018-1165-3.
- Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, Muller A, Martin A. Personality traits as vulnerability factors in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res*. 2013 Nov 30;210(1):242-6. doi: 10.1016/j.psychres.2013.06.009.
- Schultz DP, Schultz SE. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Thompson Learning Edições; 2006.
- Shipley RH, O'Donnell JM, Bader KF. Personality characteristics of women seeking breast augmentation. Comparison to small-busted and average-busted controls. *Plast Reconstr Surg*. 1977 Sep;60(3):369-76.
- Silva RS, Schlottfeldt CG, Rozenberg MP, Santos MT, Lelé AJ. [Replicability of the Five Factor Model in personality measurements]. *Mosaico*. 2007 Jul-Dec;1(1):37-49. Portuguese.
- Simis KJ, Verhulst FC, Koot HM. Body image, psychosocial functioning, and personality: how different are adolescents and young adults applying for plastic surgery? *J Child Psychol Psychiatry*. 2001 Jul;42(5):669-78.
- Solvi AS, Foss K, von Soest T, Roald HE, Skolleborg KC, Holte A. Motivational factors and psychological processes in cosmetic breast augmentation surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010 Apr;63(4):673-80. doi: 10.1016/j.bjps.2009.01.024.

- Spyropoulou A, Konstantopoulou V. [Cosmetic breast augmentation and suicide risk: a puzzling association]. *Psychiatriki*. 2011 Jan-Mar;22(1):34-42. Greek, Modern.
- Swami V, Hadji-Michael M, Furnham A. Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image*. 2008 Sep;5(3):322-5. doi: 10.1016/j.bodyim.2008.03.007.
- Swami V, Tran US, Brooks LH, Kanaan L, Luesse EM, Nader IW, *et al*. Body image and personality: associations between the Big Five Personality Factors, actual-ideal weight discrepancy, and body appreciation. *Scand J Psychol*. 2013 Apr;54(2):146-51. doi: 10.1111/sjop.12014.
- Swanson E. Prospective outcome study of 225 cases of breast augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 2013 May;131(5):1158-66. doi: 10.1097/PRS.0b013e318287a0e1.
- Thomson JA Jr, Knorr NJ, Edgerton MT Jr. Cosmetic surgery: the psychiatric perspective. *Psychosomatics*. 1978 Jan;19(1):7-15.
- Veale D, Naismith I, Eshkevari E, Ellison N, Costa A, Robinson D, *et al*. Psychosexual outcome after labiaplasty: a prospective case-comparison study. *Int Urogynecol J*. 2014 Jun;25(6):831-9. doi: 10.1007/s00192-013-2297-2.
- Veale D, Neziroglu F. *Body dysmorphic disorder: a treatment manual*. West Sussex (UK): Wiley-Blackwell; 2010.
- Veiga DF, Ferreira LM. Transtorno dismórfico corporal: a mente que mente. São Paulo: Editora Hogrefe; 2018. Mamoplastia: insatisfação da feminilidade; p. 153-63.
- Villeneuve PJ, Holowaty EJ, Brisson J, Xie L, Ugnat AM, Latulippe L, *et al*. Mortality among Canadian women with cosmetic breast implants. *Am J Epidemiol*. 2006 Aug 15;164(4):334-41. doi: 10.1093/aje/kwj214.
- Walden KJ, Thompson JK, Wells KE. Body image and psychological sequelae of silicone breast explantation: preliminary findings. *Plast Reconstr Surg*. 1997 Oct;100(5):1299-306.

Wengle HP. The psychology of cosmetic surgery: old problems in patient selection seen in a new way--Part II. *Ann Plast Surg.* 1986 Jun;16(6):487-93.

Zuckerman D, Abraham A. Teenagers and cosmetic surgery: focus on breast augmentation and liposuction. *J Adolesc Health.* 2008 Oct;43(4):318-24. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.04.018.

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

American Society for Aesthetic Plastic Surgery. Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics for 2017 [Internet]. New York: ASAPS Communications Office; 2017 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <https://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2017.pdf>

American Society of Plastic Surgeons. 2017 Plastic Surgery Statistics Report [Internet]. Arlington Heights (IL): American Society of Plastic Surgeons; c2018 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2017/plastic-surgery-statistics-full-report-2017.pdf>

De Brito MJ, Cordás TA, Ferreira LM. Transtorno Dismórfico Corporal: a mente que mente. São Paulo: Hogrefe; 2018.

International Society of Aesthetic Plastic Surgery. ISAPS Global Statistics [Internet]. Hanover (NH): ISAPS; 2016 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/>.

John OP, Robins RW, Perin LA, editors. Handbook of Personality. Theory & Research. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2008.

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

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

DeCS Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. São Paulo: BIREME; [cited 2019 Mar 15]. Available from: <http://decs.bvs.br/>.

Ferreira LM, organizadora. Projetos, dissertações e teses: orientação normativa: guia prático. São Paulo: Red Publicações; 2017.

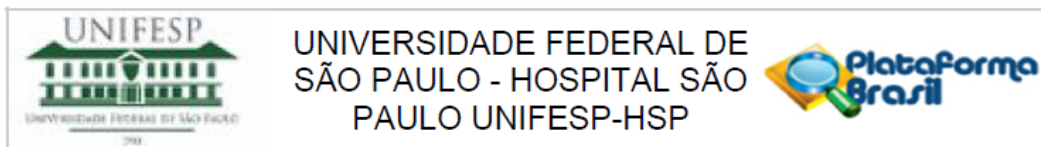
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de Apresentação Tabular. 3a ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação – Centro de Documentação e Disseminação de Informações; 1993.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Writing and editing for biomedical publication [Internet]. Vancouver (CA); 2007 Oct; [cited 2019 Mar 15]. Available from: <http://www.icmje.org/>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Folha de aprovação do CEP. Parecer nº 1.577.751



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Correlações Clínicas e Psicopatológicas entre Traços de Personalidade e Sintomas para Transtorno Dismórfico Corporal em População Candidata à Mamoplastia de Aumento

Pesquisador: Maria José Azevedo de Brito Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55835016.0.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.577.751

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas de pendências apontadas no parecer inicial.

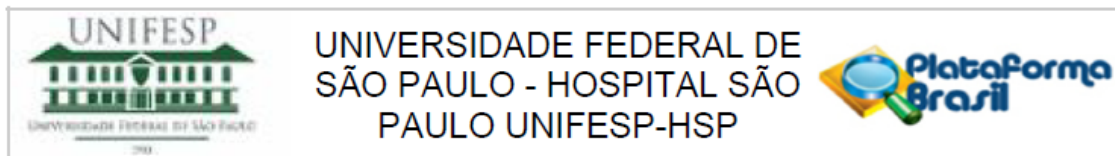
Número do Parecer: 1.550.475

DADOS DO PARECER

Nº CEP: 0599/2016

As mamas têm sido reconhecidas através dos tempos e em diferentes culturas como símbolo de feminilidade, sexualidade e maternidade com grande importância para a integridade física e psicológica das mulheres. O reconhecimento desta importância fez com que as distorções de tamanho e forma fossem consideradas anomalias mamárias, com amplo efeito deletério, tanto na esfera física, quanto emocional feminina. A sociedade, ao superestimar a mama feminina como símbolo de feminilidade, sexualidade e erotismo, e ao mesmo tempo promulgar padrões irrealistas, encoraja as mulheres a avaliar seu valor pela aparência das mamas. As pacientes com pequeno volume mamário e que procuram a mamoplastia de aumento apresentam insatisfação com a imagem corporal, grande investimento na aparência pela baixa percepção da própria atratividade, ansiedade em relação à sexualidade e desejo de se sentirem mais confiantes e femininas nas relações sociais e afetivas. Estudos mostram que a busca

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.577.751

pela mamoplastia de aumento pode ser um potencial marcador para psicopatologia, notadamente o TDC. Inúmeros estudos, em países como os Estados Unidos, o Canadá, a Suécia, a Finlândia e a Dinamarca, observaram um maior índice de suicídios entre mulheres que se submetiam à mamoplastia de aumento com implantes, quando comparadas a mulheres da população geral na mesma faixa etária. Desta forma, torna-se relevante identificar o perfil de mulheres que buscam a mamoplastia de aumento em seus aspectos sociodemográficos, traços de personalidade e sintomas para TDC e depressão, bem como o impacto terapêutico da cirurgia em termos de benefícios psicológicos.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar correlações clínicas e psicopatológicas entre traços de personalidade e sintomas para Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) em população candidata à mamoplastia de aumento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de respostas de pendências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós Graduação em Cirurgia Translacional - pelo Departamento de Cirurgia/Cirurgia Plástica da Unifesp, campus São Paulo.

COORDENADOR: PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de respostas de pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

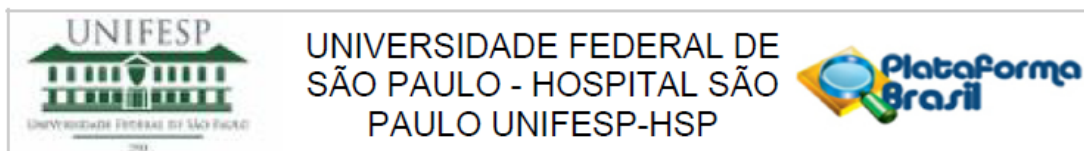
Pendências apontadas no parecer inicial:

1) Como este projeto está inserido dentro de um projeto anterior aprovado, favor apresentar carta de ciência/aprovação do pesquisador responsável do estudo anterior e esclarecer o que será utilizado do estudo anterior

2) Quanto ao TCLE:

2.1. Rever a informação dada, no campo "Riscos" no formulário da plataforma brasil e no TCLE, que indica que a pesquisa não pode causar riscos. Conforme orientação da CONEP, lembramos que qualquer pesquisa com seres humanos pode causar algum risco, por mínimo que seja. No que diz respeito a esta pesquisa, por exemplo, a entrevista/ questionário, embora não implique em riscos do ponto de vista clínico, pode causar constrangimento ou desconforto

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.577.751

emocional.

2.2. O TCLE deve ser adequado: apresentar em forma de convite; informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (não usar a palavra "cópias"), uma para ficar com a participante e outra para ficar com o pesquisador; todas as folhas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.); deixar claro que, no momento da aplicação do TCLE, todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa; o termo "paciente" deve substituído pelo termo "participante da pesquisa", conforme definição disposta no item II.10 da Resolução CNS nº 466 de 2012.

3) Rever o delineamento do estudo, não é observacional e sim de intervenção diagnóstica uma vez que poderão ser realizados os diagnósticos de transtornos dismórfico corporal e/ou depressão. Se isso ocorrer haverá alguma conduta / encaminhamento para tratamento?(neste caso, a cirurgia será suspensa ou adiada?)

r: pendencias esclarecidas.

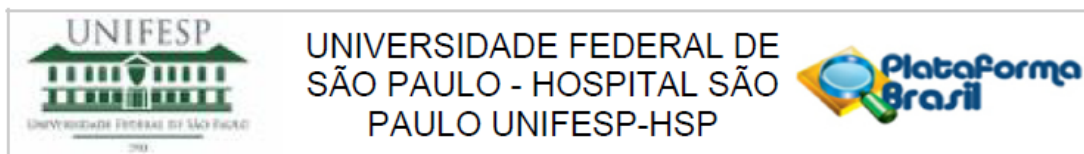
Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_661969.pdf	03/06/2016 22:12:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa_CEP.pdf	03/06/2016 22:11:27	Maria José Azevedo de Brito Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/06/2016 22:09:01	Maria José Azevedo de Brito Rocha	Aceito
Outros	Pendencias_CEP.pdf	03/06/2016 22:07:28	Maria José Azevedo de Brito Rocha	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	05/05/2016 22:47:34	Maria José Azevedo de Brito Rocha	Aceito
Outros	CadastroCEP_HSP.pdf	05/05/2016 22:46:23	Maria José Azevedo de Brito Rocha	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.577.751

Outros	CoordenadoriaEnsinoPesquisa_HSP_U NIFESP.pdf	05/05/2016 22:44:33	Maria José Azevedo de Brito Rocha	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	24/02/2016 06:30:09	Maria José Azevedo de Brito Rocha	Aceito
Outros	Protocolo.pdf	24/02/2016 06:28:26	Maria José Azevedo de Brito Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 06 de Junho de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Este projeto tem como título “Transtorno Dismórfico Corporal e Traços de Personalidade em Mulheres submetidas à Mamoplastia de Aumento”. Estas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo, cujo objetivo é avaliar a presença e a relação entre o transtorno dismórfico corporal e os traços de personalidade em mulheres que estão insatisfeitas com o tamanho das mamas e que vão submeter-se à mamoplastia de aumento.

A personalidade é o conjunto de padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos que uma pessoa apresenta e tende a repetir-se ao longo da existência. Demonstra de que maneira um indivíduo se comporta frente às diversas situações da vida. Já a principal característica do transtorno dismórfico corporal é a presença de uma insatisfação e preocupação muito grandes com alguma(s) parte(s) do corpo que, pelo tempo gasto com tantas preocupações e sofrimento com a aparência física, são prejudicadas as atividades sociais, afetivas e ocupacionais da pessoa.

Pesquisas são importantes, para que, cada vez mais haja informação e acesso ao tratamento adequado e para que, os pacientes obtenham melhoria da sua qualidade de vida. Serão autoadministrados três questionários que avaliarão aspectos demográficos, traços de personalidade (Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade) e sintomas do transtorno dismórfico corporal (Escala de Sintomas da Dismorfia Corporal – BDSS-UNIFESP/EPM). Será ainda realizada uma entrevista clínica para o diagnóstico do transtorno dismórfico corporal (SCID-I) por uma psicóloga com experiência clínica. A duração estimada da entrevista é de

cerca de 20 minutos e para o preenchimento dos questionários estima-se um tempo de cerca de 10 minutos.

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. (11) 5571-1062, fax (11) 5539-7162. Em qualquer etapa do estudo, terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o cirurgião plástico, Dr. Eduardo Rodrigues Sucupira Pinto, que pode ser encontrado na Rua Botucatu 740, 2o. andar – tel. 11 5576-4848, ext. 3054 – email: eduardosucupira@me.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 do pesquisador. Não há benefício direto para a participante. Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo; também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Qualquer pesquisa com seres humanos pode causar algum risco, por mínimo que seja. No que diz respeito a esta pesquisa, por exemplo, a entrevista/ questionário, embora não implique em riscos do ponto de vista clínico, pode causar constrangimento ou desconforto emocional, que será prontamente acolhido por uma psicóloga.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras participantes da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhuma das participantes.

A senhora aceita participar desta pesquisa?

Este termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) está sendo disponibilizado em duas vias, uma para a senhora e uma outra para o pesquisador, devidamente numeradas e assinadas.

Eu, _____,
portadora do R.G. nº _____, após ter sido esclarecida pelo entrevistador 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, 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.

Assinatura da participante

Data ____/____/____

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

Assinatura do entrevistador

Data ____/____/____

APÊNDICE 3

Formulário de coleta de dados

DATA DA AVALIAÇÃO:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME:	IDADE:
DATA DE NASCIMENTO:	IMC:
<p>RAÇA:</p> <p> <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Outra </p> <p>ESTADO CIVIL:</p> <p> <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Outro </p> <p>NÚMERO DE FILHOS: _____</p> <p>ORIENTAÇÃO SEXUAL:</p> <p> <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Bissexual </p> <p>RELIGIÃO:</p> <p> <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Ateu <input type="checkbox"/> Outra </p>	
<p>ESCOLARIDADE:</p> <p> <input type="checkbox"/> Ensino Primário <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> PG </p>	
PROFISSÃO:	
ENDEREÇOS E TELEFONES PARA CONTATO:	

DADOS PESSOAIS

VOCÊ ESTÁ INSATISFEITA/INCOMODADA COM A SUA APARÊNCIA FÍSICA?

NÃO SIM. UM POUCO SIM. MUITO

JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA PLÁSTICA? NÃO SIM. QUAL

QUANDO?

LOCAL?

TEVE COMPLICAÇÕES? NÃO SIM. QUAIS?

FICOU SATISFEITA COM O RESULTADO? NÃO SIM

GOSTARIA DE FAZER OUTRAS CIRURGIAS PLÁSTICAS? NÃO SIM

DESDE QUANDO ESTÁ INSATISFEITA COM A SUA APARÊNCIA FÍSICA:

ADOLESCÊNCIA ADULTA APÓS OS 40 ANOS

QUAL(IS) PARTE(S) DO SEU CORPO GOSTARIA DE MUDAR?

QUANTO TEMPO VOCÊ GASTA PENSANDO EM SUA APARÊNCIA (CADA DIA, SE VOCÊ SOMAR TODO O TEMPO QUE PASSA PELA SUA CABEÇA)?

MENOS DO QUE 1 HORA, POR DIA 1 A 3 HORAS, POR DIA MAIS DO QUE 3 HORAS, POR DIA

FAZ ALGUM TRATAMENTO CLINICO, OU ESTÉTICO?

HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ INSATISFEITA COM A APARÊNCIA?

MAIS DE UM ANO UM ANO MENOS DE UM ANO

O QUE ESPERA DA MAMOPLASTIA DE AUMENTO (EXPECTATIVAS). ASSINALE UMA, OU MAIS OPÇÕES:

GOSTAR DA IMAGEM NO ESPELHO

SER ACEITA PELOS OUTROS

ALTERAR O CONTORNO CORPORAL

MELHORAR O CAIMENTO DAS ROUPAS

MELHORAR ASPECTOS:

EMOCIONAIS SEXUAIS SOCIAIS PROFISSIONAIS PSICOLÓGICOS OUTROS

A CICATRIZ É UMA MARCA, QUE FICA NO CORPO, APÓS UMA CIRURGIA PLÁSTICA.

SIM NÃO

DATA DA CIRURGIA:

APÊNDICE 4

Protocolo cirúrgico

Cirurgia:

Todas as pacientes foram submetidas à mamoplastia de aumento no centro cirúrgico do HSP – UNIFESP/EPM, sob anestesia geral balanceada, por meio de intubação oro-traqueal e mantidas em respiração controlada conforme os padrões estabelecidos pela Disciplina de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva Cirúrgica da UNIFESP/EPM. Utilizou-se antibiótico (cefalosporina de primeira geração), durante a indução anestésica, uma hora antes da cirurgia.

Com a paciente em posição ortostática, realizou-se a marcação identificando-se os sulcos inframamários e intermamário. A marcação foi realizada na linha média do esterno desde a incisura jugular até à porção mais distal do processo xifoide do esterno. Demarcou-se o local da incisão, abaixo do sulco inframamário, com aproximadamente quatro centímetros de extensão.

Com a paciente em posição de decúbito dorsal horizontal, realizou-se a antissepsia com gluconato de clorexidine alcoólico e foram colocados campos cirúrgicos estéreis. A incisão interessando pele foi realizada com lâmina de bisturi 15, na região previamente demarcada. A dissecação foi realizada com eletrocautério, interessando os planos do tecido subcutâneo. Realizou-se, com auxílio de afastador com fibra óptica para mamas, fonte de luz e eletrocautério a dissecação retroglandular, no plano suprafascial, para confecção do local em que o implante foi colocado (Figura I).



Figura I – Via de acesso e descolamento.

Hemostasia de toda a região do descolamento. Para a colocação dos implantes mamários, realizou-se a troca por luvas novas com a lavagem das mesmas com SF0,9%. Colocou-se os implantes mamários de gel silicone, redondos, texturizados, com perfil e volume previamente determinado para cada paciente (Figura II). Com a paciente em posição sentada, verificou-se o posicionamento dos implantes e a simetria das mamas.



Figura II – Colocação dos implantes.

Realizou-se o fechamento por planos através de sutura do tecido subcutâneo com pontos simples, com fio Mononylon® 3-0; sutura subdérmica com pontos simples, invertidos, com fio Mononylon® 4-0, incolor; sutura contínua com fio Mononylon® 4-0, incolor, em plano intradérmico (Figura III). Foram realizados curativos com micropore estéril, gaze e colocação de sutiã compressivo.



Figura III – Pós-operatório imediato.

Pós-operatório:

- Repouso no leito, com dorso fletido a 45°;
- Liberação da dieta no pós-operatório imediato;
- Orientações gerais e específicas do pós-operatório;
- Uso de sutiã elástico para pós-operatório e limitação das atividades físicas por um mês;
- Retornos e avaliações ambulatoriais no 5°, 10°, 16°, 21°, 28°, 60°, 120 dias de pós-operatório.

A duração média das cirurgias foi de uma hora e trinta minutos. As pacientes permaneceram internadas por aproximadamente 18 a 24 horas

após o término da cirurgia. Após a alta, todas utilizaram cefalosporina de primeira geração, por via oral, durante sete dias, anti-inflamatórios não esteróides por três dias, e analgésicos quando necessário.

APÊNDICE 5

Tabela I – Regressões GEE para os cinco fatores do IGFP, BDSS e TDC tendo como variável preditora a idade (anos)

	IGFP										BDSS		TDC	
	Abertura		Conscienciosidade		Amabilidade		Neuroticismo		Extroversão		B (EP)	p	RC (EP)	p
	B (EP)	P	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p				
Idade	0,18 (0,13)	0,147	0,18 (0,12)	0,140	0,08 (0,04)	0,042	-0,24 (0,11)	0,036	-0,06 (0,16)	0,704	-0,03 (0,05)	0,601	0,93 (0,06)	0,239
Tempo (ref.=Pré)		0,430		0,210		0,614		0,645		0,872		0,013		0,200
PO - 2 meses	-1,66 (3,23)	0,608	-3,29 (2,32)	0,156	0,59 (1,19)	0,621	-0,56 (3,15)	0,859	-0,74 (2,95)	0,803	-2,78 (1,38)	0,043	0,06 (0,09)	0,075
PO - 4 meses	-5,11 (4,09)	0,212	-0,50 (3,09)	0,872	1,40 (1,43)	0,327	-3,24 (3,90)	0,406	0,68 (3,95)	0,863	-5,11 (1,74)	0,003	0,07 (0,14)	0,198
Interação Idade x Tempo		0,559		0,572		0,450		0,388		0,902		0,296		0,745
Idade x PO - 2 meses	0,06 (0,11)	0,569	0,03 (0,08)	0,746	-0,03 (0,04)	0,428	0,02 (0,11)	0,828	0,04 (0,10)	0,696	0,02 (0,05)	0,737	1,04 (0,06)	0,451
Idade x PO - 4 meses	0,15 (0,14)	0,285	-0,06 (0,11)	0,592	-0,06 (0,05)	0,207	0,16 (0,14)	0,230	0,01 (0,14)	0,928	0,08 (0,06)	0,163	1,03 (0,07)	0,727
Contante	28,31 (3,64)	<0,001	26,59 (3,47)	<0,001	11,94 (1,12)	<0,001	22,6 (3,26)	<0,001	30,24 (4,61)	<0,001	5,75 (1,52)	<0,001	16,68 (29,16)	0,108

N=36 observações por momento de avaliação.

B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão).

RC(EP) – Razão de chances (Erro Padrão).

Tabela II – Regressões GEE para os cinco fatores do IGFP, BDSS e TDC tendo como variável preditora a raça

	IGFP										BDSS		TDC	
	Abertura		Conscienciosidade		Amabilidade		Neuroticismo		Extroversão		B (EP)	p	RC (EP)	p
	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p				
Raça (ref. = branca)		0,155		0,070		0,215		0,237		0,577		0,211		0,252
Negra	-0,79 (2,37)	0,740	1,05 (2,20)	0,634	0,34 (0,74)	0,648	-2,38 (2,11)	0,261	-2,20 (2,93)	0,453	-1,21 (0,96)	0,209	0,40 (0,43)	0,389
Parda	2,23 (1,77)	0,207	3,00 (1,64)	0,068	0,52 (0,55)	0,344	-3,13 (1,57)	0,047	-2,92 (2,18)	0,182	0,85 (0,72)	0,235	6,60 (7,80)	0,110
Amarela	-4,19 (2,91)	0,151	-3,75 (2,71)	0,166	-1,40 (0,91)	0,124	-1,04 (2,59)	0,688	-2,33 (3,60)	0,517	0,52 (1,18)	0,660	1,20 (1,62)	0,892
Tempo (ref.=Pré)		0,283		<0,001		0,838		0,793		0,522		<0,001		0,011
PO - 2 meses	0,69 (1,05)	0,511	-3,44 (0,68)	<0,001	-0,19 (0,37)	0,614	0,13 (1,01)	0,901	1,06 (0,94)	0,257	-1,88 (0,42)	<0,001	0,27 (0,14)	0,013
PO - 4 meses	-0,94 (1,32)	0,478	-1,88 (0,92)	0,041	-0,25 (0,45)	0,579	0,75 (1,24)	0,546	1,06 (1,25)	0,396	-2,75 (0,53)	<0,001	0,14 (0,09)	0,003
Interação Raça x Tempo		0,872		0,020		0,527		0,750		0,474		0,067		0,419
negra x PO - 2 meses	-0,89 (2,15)	0,679	3,04 (1,40)	0,030	0,19 (0,76)	0,805	-2,33 (2,06)	0,260	-1,86 (1,92)	0,332	0,68 (0,85)	0,429	1,38 (1,46)	0,765
negra x PO - 4 meses	1,54 (2,71)	0,570	-0,33 (1,88)	0,862	-0,55 (0,92)	0,551	-0,75 (2,55)	0,768	-0,06 (2,56)	0,981	1,75 (1,08)	0,106	2,71 (3,09)	0,382
parda x PO - 2 meses	-0,77 (1,60)	0,630	0,35 (1,04)	0,734	-0,73 (0,57)	0,199	0,79 (1,54)	0,607	-0,31 (1,43)	0,827	-1,04 (0,64)	0,101	0,24 (0,28)	0,230
parda x PO - 4 meses	-0,48 (2,02)	0,812	-1,29 (1,40)	0,356	-0,33 (0,69)	0,628	2,08 (1,90)	0,273	-0,06 (1,91)	0,974	-0,25 (0,81)	0,757	0,47 (0,59)	0,549
amarela x PO - 2 meses	-2,02 (2,64)	0,443	4,10 (1,72)	0,017	0,85 (0,93)	0,361	0,54 (2,54)	0,831	-3,73 (2,36)	0,114	-2,46 (1,05)	0,019	-	-
amarela x PO - 4 meses	0,60 (3,32)	0,856	2,88 (2,30)	0,212	0,92 (1,13)	0,418	-0,08 (3,13)	0,979	-0,06 (3,15)	0,984	-1,92 (1,33)	0,149	-	-
Constante	33,19 (1,16)	<0,001	30,75 (1,08)	<0,001	14,06 (0,36)	<0,001	17,38 (1,03)	<0,001	30,00 (1,43)	<0,001	4,81 (0,47)	<0,001	1,67 (0,87)	0,329

N=36 observações por momento de avaliação

(-) não foi possível estimar a RC: no PO, todas as pacientes de cor amarela não apresentaram TDC.

B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

RC(EP) – Razão de chances (Erro Padrão).

APÊNDICE 6

Tabela III – Regressões GEE para os cinco fatores do IGFP, BDSS e TDC tendo como variável preditora o estado civil

	IGFP										BDSS		TDC	
	Abertura		Conscienciosidade		Amabilidade		Neuroticismo		Extroversão		B (EP)	p	RC (EP)	p
	B (EP)	P	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p				
Estado Civil (ref. = Solteira/Divorciada)														
Casada	0,76 (1,76)	0,666	4,53 (1,5)	0,003	0,55 (0,53)	0,305	-2,76 (1,55)	0,074	-2,46 (2,13)	0,247	0,04 (0,70)	0,954	0,68 (0,52)	0,617
Tempo (ref.=Pré)		0,356		<0,001		0,586		0,454		0,619		<0,001		<0,001
PO - 2 meses	-0,32 (0,84)	0,702	-2,44 (0,59)	<0,001	-0,32 (0,31)	0,302	-0,36 (0,80)	0,654	0,08 (0,75)	0,915	-2,56 (0,36)	<0,001	0,15 (0,06)	<0,001
PO - 4 meses	-1,40 (1,07)	0,190	-1,92 (0,78)	0,014	-0,24 (0,37)	0,519	0,64 (1,00)	0,523	0,80 (1,01)	0,427	-3,08 (0,45)	<0,001	0,12 (0,06)	<0,001
Interação Estado civil x Tempo		0,559		0,904		0,792		0,429		0,754		0,380		0,543
casada x PO - 2 meses	1,50 (1,51)	0,321	-0,38 (1,07)	0,723	-0,04 (0,56)	0,938	1,54 (1,45)	0,289	1,01 (1,36)	0,458	0,74 (0,65)	0,250	2,16 (1,51)	0,271
casada x PO - 4 meses	1,85 (1,93)	0,337	-0,63 (1,41)	0,658	-0,40 (0,67)	0,556	2,27 (1,81)	0,211	0,75 (1,82)	0,683	1,08 (0,81)	0,183	1,74 (1,59)	0,542
Constante	33,24 (0,97)	<0,001	30,2 (0,83)	<0,001	14,00 (0,29)	<0,001	16,76 (0,85)	<0,001	29,28 (1,18)	<0,001	4,96 (0,39)	<0,001	2,57 (1,15)	0,034

N=36 observações por momento de avaliação.

B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

RC(EP) – Razão de chances (Erro Padrão).

Tabela IV – Regressões GEE para os cinco fatores do IGFP, BDSS e TDC tendo como variável preditora o número de filhos

	IGFP										BDSS		TDC	
	Abertura		Conscienciosidade		Amabilidade		Neuroticismo		Extroversão		B (EP)	p	RC (EP)	p
	B (EP)	P	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p				
No. de filhos	0,76 (0,96)	0,432	1,15 (0,88)	0,188	0,50 (0,28)	0,078	-1,77 (0,82)	0,031	0,01 (1,17)	0,991	-0,05 (0,39)	0,894	0,89 (0,37)	0,787
Tempo (ref.=Pré)		0,740		<0,001		0,430		0,956		0,561		<0,001		<0,001
PO - 2 meses	-0,03 (0,89)	0,971	-2,90 (0,62)	<0,001	-0,23 (0,32)	0,467	0,05 (0,85)	0,952	0,40 (0,80)	0,621	-2,33 (0,38)	<0,001	0,16 (0,07)	<0,001
PO - 4 meses	-0,71 (1,14)	0,536	-1,59 (0,83)	0,055	0,16 (0,38)	0,676	0,28 (1,05)	0,789	1,12 (1,08)	0,298	-2,93 (0,48)	<0,001	0,18 (0,09)	0,001
Interação No. de filhos x Tempo		0,843		0,064		0,053		0,143		0,985		0,734		0,355
No. de filhos x PO - 2 meses	0,26 (0,83)	0,756	0,51 (0,57)	0,372	-0,15 (0,29)	0,600	0,09 (0,79)	0,909	-0,01 (0,75)	0,986	0,00 (0,35)	1,000	1,27 (0,48)	0,522
No. de filhos x PO - 4 meses	-0,19 (1,05)	0,855	-0,78 (0,77)	0,308	-0,78 (0,36)	0,028	1,58 (0,98)	0,106	-0,14 (1,00)	0,888	0,27 (0,44)	0,543	0,71 (0,38)	0,519
Constante	32,97 (1,04)	<0,001	30,81 (0,95)	<0,001	13,83 (0,31)	<0,001	17,1 (0,89)	<0,001	28,52 (1,26)	<0,001	5,01 (0,42)	<0,001	2,46 (1,14)	0,053

N=36 observações por momento de avaliação.

B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão).

RC(EP) – Razão de chances (Erro Padrão).

APÊNDICE 7

Tabela V – Regressões GEE para os cinco fatores do IGFP, BDSS e TDC tendo como variável preditora a religião

	IGFP										BDSS		TDC	
	Abertura		Conscienciosidade		Amabilidade		Neuroticismo		Extroversão		B (EP)	p	RC (EP)	p
	B (EP)	P	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p				
Religião (ref. = católica)		0,149		0,465		0,202		0,144		0,897		0,466		0,370
Evangélica	3,50 (1,96)	0,074	1,54 (1,83)	0,400	0,88 (0,57)	0,122	-3,29 (1,69)	0,052	0,33 (2,38)	0,889	0,67 (0,77)	0,385	5,00 (5,81)	0,166
Ateu/Demais	2,88 (2,59)	0,267	2,54 (2,42)	0,294	0,88 (0,75)	0,242	-0,17 (2,24)	0,941	1,46 (3,15)	0,644	1,04 (1,01)	0,304	0,81 (1,02)	0,866
Tempo (ref.=Pré)		0,611		<0,001		0,381		0,020		0,765		<0,001		0,008
PO - 2 meses	0,75 (0,80)	0,347	-2,29 (0,58)	<0,001	-0,42 (0,32)	0,186	-0,71 (0,78)	0,364	-0,04 (0,74)	0,955	-1,92 (0,35)	<0,001	0,29 (0,12)	0,004
PO - 4 meses	0,38 (1,03)	0,716	-2,33 (0,78)	0,003	-0,42 (0,37)	0,260	1,46 (0,98)	0,136	0,50 (0,99)	0,615	-2,29 (0,44)	<0,001	0,29 (0,12)	0,004
Interação Religião x Tempo		0,057		0,464		0,741		0,170		0,069		0,095		0,116
evangélica x PO - 2 meses	-2,25 (1,60)	0,159	-0,71 (1,16)	0,542	0,67 (0,63)	0,291	2,33 (1,56)	0,135	0,42 (1,48)	0,778	-1,83 (0,70)	0,009	0,07 (0,10)	0,072
ateu/demais x PO - 2 meses	-1,00 (2,11)	0,636	-0,96 (1,53)	0,532	-0,58 (0,83)	0,485	2,71 (2,06)	0,190	3,04 (1,96)	0,120	-0,08 (0,93)	0,929	9,00 (12,45)	0,112
evangélica x PO - 4 meses	-2,25 (2,06)	0,275	1,33 (1,56)	0,392	0,42 (0,74)	0,574	-0,58 (1,96)	0,766	2,63 (1,99)	0,187	-2,08 (0,88)	0,018	0,07 (0,10)	0,072
ateu/demais x PO - 4 meses	-6,38 (2,73)	0,019	-0,67 (2,06)	0,746	-0,33 (0,98)	0,734	0,04 (2,59)	0,987	-0,50 (2,63)	0,849	0,04 (1,17)	0,972	-	-
Constante	32,38 (0,98)	<0,001	30,96 (0,92)	<0,001	13,88 (0,28)	<0,001	16,67 (0,85)	<0,001	28,29 (1,19)	<0,001	4,71 (0,38)	<0,001	1,40 (0,59)	0,423

N=36 observações por momento de avaliação.

(-) não estimável devido à multicolinearidade do grupo ateu no PO.

B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

RC(EP) – Razão de chances (Erro Padrão).

Tabela VI – Regressões GEE para os cinco fatores do IGFP, BDSS e TDC tendo como variável preditora a escolaridade

	IGFP										BDSS		TDC	
	Abertura		Conscienciosidade		Amabilidade		Neuroticismo		Extroversão		B (EP)	p	RC (EP)	p
	B (EP)	P	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p				
Escolaridade (ref. = Superior)														
Médio	0,59 (1,71)	0,732	-0,19 (1,59)	0,904	-0,38 (0,51)	0,456	-0,47 (1,50)	0,753	-2,63 (1,92)	0,170	-0,44 (0,68)	0,520	0,32 (0,24)	0,134
Tempo (ref.=Pré)		0,175		<0,001		0,468		0,371		0,144		<0,001		<0,001
PO - 2 meses	0,22 (0,86)	0,801	-2,57 (0,61)	<0,001	-0,39 (0,32)	0,225	-0,43 (0,84)	0,606	1,48 (0,80)	0,064	-2,43 (0,37)	<0,001	0,10 (0,04)	<0,001
PO - 4 meses	-1,39 (1,11)	0,209	-1,83 (0,82)	0,026	-0,35 (0,39)	0,370	0,74 (1,05)	0,483	1,83 (1,06)	0,084	-2,74 (0,47)	<0,001	0,08 (0,04)	<0,001
Interação Escolaridade x Tempo		0,470		0,726		0,915		0,529		0,071		0,829		0,041
médio x PO - 2 meses	-0,22 (1,44)	0,880	0,03 (1,02)	0,979	0,16 (0,54)	0,765	1,51 (1,40)	0,282	-3,02 (1,33)	0,023	0,28 (0,62)	0,652	5,46 (3,69)	0,012
médio x PO - 4 meses	1,55 (1,84)	0,402	-0,79 (1,37)	0,564	-0,04 (0,65)	0,955	1,65 (1,76)	0,348	-2,21 (1,76)	0,209	-0,03 (0,78)	0,969	4,94 (4,33)	0,069
Constante	33,26 (1,03)	<0,001	31,65 (0,95)	<0,001	14,30 (0,31)	<0,001	16,09 (0,9)	<0,001	29,48 (1,15)	<0,001	5,13 (0,41)	<0,001	3,60 (1,82)	0,011

N=36 observações por momento de avaliação.

B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão).

RC(EP) – Razão de chances (Erro Padrão).

APÊNDICE 8

Tabela VII – Regressões GEE para os cinco fatores do IGFP, BDSS e TDC tendo como variável preditora a profissão

	IGFP										BDSS		TDC	
	Abertura		Conscienciosidade		Amabilidade		Neuroticismo		Extroversão		B (EP)	p	RC (EP)	p
	B (EP)	P	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p				
Profissão (ref. = estudante)		0,159		0,068		0,239		0,025		0,762		0,971		0,742
G1	3,71 (2,02)	0,066	-0,08 (1,88)	0,967	0,84 (0,63)	0,188	-3,09 (1,77)	0,081	0,14 (2,65)	0,957	0,36 (0,87)	0,682	0,50 (0,49)	0,481
G2	1,92 (1,84)	0,298	3,29 (1,71)	0,055	1,01 (0,58)	0,082	-4,19 (1,61)	0,009	1,59 (2,41)	0,511	0,32 (0,79)	0,685	0,80 (0,76)	0,813
G3	4,71 (2,57)	0,067	4,67 (2,39)	0,050	1,21 (0,81)	0,134	-5,21 (2,25)	0,020	-1,98 (3,37)	0,556	0,23 (1,11)	0,835	0,30 (0,36)	0,315
Tempo (ref.=Pré)		0,715		0,002		0,587		0,380		0,793		<0,001		0,006
PO - 2 meses	-0,85 (1,15)	0,464	-2,92 (0,82)	<0,001	-0,31 (0,42)	0,466	-0,69 (1,08)	0,522	0,54 (1,02)	0,598	-2,08 (0,48)	<0,001	0,19 (0,10)	0,003
PO - 4 meses	-1,08 (1,45)	0,457	-2,00 (1,09)	0,066	0,08 (0,50)	0,878	0,77 (1,33)	0,562	0,92 (1,37)	0,501	-2,69 (0,61)	<0,001	0,13 (0,10)	0,005
Interação Profissão x Tempo		0,649		0,682		0,627		0,337		0,816		0,603		0,536
G1 x PO - 2 meses	1,97 (1,87)	0,292	0,17 (1,34)	0,897	-0,19 (0,68)	0,779	2,32 (1,75)	0,185	0,21 (1,65)	0,898	-0,17 (0,78)	0,825	0,46 (0,47)	0,443
G1 x PO - 4 meses	-1,05 (2,34)	0,655	0,50 (1,77)	0,777	-0,70 (0,82)	0,389	0,23 (2,15)	0,915	0,58 (2,22)	0,795	-0,56 (0,99)	0,573	0,64 (0,82)	0,728
G2 x PO - 2 meses	1,30 (1,71)	0,446	1,10 (1,22)	0,364	0,40 (0,62)	0,523	-0,40 (1,60)	0,803	-1,27 (1,51)	0,401	-0,83 (0,72)	0,245	0,75 (0,61)	0,726
G2 x PO - 4 meses	0,80 (2,14)	0,707	-0,73 (1,61)	0,651	-0,53 (0,74)	0,475	0,41 (1,96)	0,833	-0,29 (2,03)	0,887	-0,31 (0,90)	0,733	1,05 (1,10)	0,959
G3 x PO - 2 meses	1,35 (2,38)	0,572	-0,08 (1,70)	0,964	-0,94 (0,87)	0,279	3,69 (2,23)	0,097	1,71 (2,10)	0,416	0,33 (1,00)	0,743	5,33 (5,60)	0,111
G3 x PO - 4 meses	2,08 (2,98)	0,486	0,00 (2,25)	1,000	-1,08 (1,04)	0,299	3,48 (2,74)	0,203	0,58 (2,83)	0,838	1,44 (1,26)	0,252	2,50 (3,54)	0,518
Constante	31,54 (1,25)	<0,001	30,08 (1,16)	<0,001	13,54 (0,39)	<0,001	18,46 (1,09)	<0,001	28,23 (1,63)	<0,001	4,77 (0,54)	<0,001	3,33 (2,19)	0,067

N=36 observações por momento de avaliação.

G1: Altos executivos e profissionais liberais; Gerentes ou proprietários de empresa média, profissionais médios; Cargos administrativos (sem curso superior), gerente ou proprietário de pequena empresa.

G2: Nível técnico, ofício religioso, vendas, bancário, secretária, etc.; Curso profissionalizante; Semi-especializado.

G3: Não especializado.

B (EP) - Coeficiente da regressão (Erro Padrão).

RC(EP) – Razão de chances (Erro Padrão).

Tabela VIII – Regressões GEE para os cinco fatores do IGFP, BDSS e TDC tendo como variável preditora a fase de início da insatisfação

	IGFP										BDSS		TDC	
	Abertura		Conscienciosidade		Amabilidade		Neuroticismo		Extroversão		B (EP)	p	RC (EP)	p
	B (EP)	P	B (EP)	P	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p				
Início da insatisfação (ref. = adolescência)														
Adulta	1,04 (1,71)	0,543	2,00 (1,57)	0,202	0,25 (0,52)	0,631	-2,63 (1,45)	0,070	1,08 (2,10)	0,606	-0,96 (0,69)	0,165	0,26 (0,20)	0,081
Tempo (ref.=Pré)	0,485		<0,001		0,467		0,326		0,356		<0,001		<0,001	
PO - 2 meses	-0,50 (0,86)	0,559	-2,83 (0,61)	<0,001	-0,29 (0,31)	0,354	0,42 (0,84)	0,619	0,88 (0,77)	0,255	-2,54 (0,36)	<0,001	0,16 (0,07)	<0,001
PO - 4 meses	-1,29 (1,09)	0,237	-2,25 (0,81)	0,006	-0,46 (0,38)	0,227	1,46 (1,03)	0,155	1,46 (1,03)	0,157	-3,08 (0,46)	<0,001	0,11 (0,06)	<0,001
Interação Início da insatisfação x Tempo														
	0,431		0,699		0,746		0,799		0,549		0,436		0,814	
adulta x PO - 2 meses	1,92 (1,48)	0,196	0,83 (1,06)	0,430	-0,13 (0,54)	0,818	-0,92 (1,45)	0,527	-1,46 (1,33)	0,273	0,63 (0,63)	0,321	1,27 (0,97)	0,758
adulta x PO - 4 meses	1,38 (1,89)	0,467	0,42 (1,41)	0,767	0,29 (0,66)	0,657	-0,38 (1,78)	0,833	-1,29 (1,78)	0,469	1,00 (0,79)	0,207	1,85 (1,77)	0,524
Constante	33,13 (0,99)	<0,001	30,92 (0,91)	<0,001	14,08 (0,30)	<0,001	16,79 (0,84)	<0,001	28,17 (1,21)	<0,001	5,29 (0,40)	<0,001	3,80 (1,91)	0,008

N=36 observações por momento de avaliação.

B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

RC(EP) – Razão de chances (Erro Padrão).

APÊNDICE 9

Tabela IX – Regressões GEE para os cinco fatores do IGFP, BDSS e TDC tendo como variável preditora o tempo gasto com imagem

	IGFP										BDSS		TDC	
	Abertura		Conscienciosidade		Amabilidade		Neuroticismo		Extroversão		B (EP)	p	RC (EP)	p
	B (EP)	P	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p				
Tempo gasto com imagem (ref. = até 3 horas)														
mais de 3 horas	2,15 (1,25)	0,085	1,84 (0,91)	0,044	-0,15 (0,44)	0,724	-0,23 (1,16)	0,843	1,98 (1,17)	0,090	0,80 (0,53)	0,135	2,89 (2,30)	0,184
Tempo (ref.=Pré)	0,178		0,012		0,451		0,263		0,120		<0,001		0,012	
PO - 2 meses	1,28 (0,89)	0,152	-1,76 (0,63)	0,005	-0,35 (0,32)	0,283	-0,30 (0,84)	0,719	1,44 (0,81)	0,076	-2,11 (0,39)	<0,001	0,24 (0,13)	0,008
PO - 4 meses	0,30 (1,06)	0,778	-1,15 (0,77)	0,138	-0,46 (0,37)	0,218	0,80 (0,99)	0,416	2,01 (0,99)	0,042	-2,51 (0,45)	<0,001	0,18 (0,10)	0,003
Interação Tempo gasto com imagem x Tempo	0,130		0,210		0,429		0,046		0,146		0,428		0,567	
mais de 3 horas x PO - 2 meses	-5,44 (2,81)	0,052	-1,52 (1,98)	0,444	-0,82 (1,01)	0,417	5,83 (2,64)	0,027	-4,98 (2,54)	0,050	1,59 (1,22)	0,194	-	-
mais de 3 horas x PO - 4 meses	-4,25 (2,78)	0,127	-3,64 (2,10)	0,083	0,49 (0,95)	0,606	5,39 (2,56)	0,035	-3,26 (2,69)	0,226	0,63 (1,16)	0,585	2,57 (4,24)	0,567
Constante	32,52 (0,98)	<0,001	30,77 (0,87)	<0,001	14,24 (0,31)	<0,001	16,02 (0,88)	<0,001	27,65 (1,13)	<0,001	4,62 (0,39)	<0,001	1,50 (0,69)	0,381

N=36 observações por momento de avaliação.

(-) não foi possível a estimação devido ao pequeno número de casos.

B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

RC(EP) – Razão de chances (Erro Padrão).

Tabela X – Regressões GEE para os cinco fatores do IGFP, BDSS e TDC tendo como variável preditora o uso de camuflagem

	IGFP										BDSS		TDC	
	Abertura		Conscienciosidade		Amabilidade		Neuroticismo		Extroversão		B (EP)	p	RC (EP)	p
	B (EP)	P	B (EP)	P	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p				
Camuflagem	-3,29 (2,29)	0,150	-1,19 (1,72)	0,488	-0,34 (0,8)	0,673	3,00 (2,16)	0,165	-1,02 (2,19)	0,640	-1,04 (0,93)	0,262	2,00 (2,04)	0,494
Tempo (ref.=Pré)		0,188		0,147		0,611		0,095		0,725		<0,001		0,209
PO - 2 meses	-2,80 (2,20)	0,204	-3,21 (1,65)	0,051	-0,47 (0,78)	0,545	2,21 (2,10)	0,292	-0,46 (2,09)	0,825	-3,78 (0,90)	<0,001	0,17 (0,17)	0,078
PO - 4 meses	-3,76 (2,28)	0,100	-3,06 (1,72)	0,075	-0,68 (0,80)	0,393	3,61 (2,16)	0,094	0,10 (2,18)	0,965	-3,93 (0,93)	<0,001	0,18 (0,19)	0,098
Interação Camuflagem x Tempo		0,466		0,989		0,682		0,559		0,941		0,022		0,293
camuflagem x PO - 2 meses	3,03 (2,47)	0,219	-0,25 (1,82)	0,891	-0,22 (0,89)	0,805	-0,88 (2,37)	0,712	0,74 (2,31)	0,750	2,64 (1,01)	0,009	3,71 (4,22)	0,249
camuflagem x PO - 4 meses	2,46 (3,05)	0,419	-0,13 (2,29)	0,954	0,44 (1,07)	0,676	1,28 (2,88)	0,656	0,97 (2,91)	0,740	3,11 (1,24)	0,012	11,28 (17,61)	0,121
Constante	36,49 (2,25)	<0,001	32,68 (1,75)	<0,001	14,48 (0,77)	<0,001	13,17 (2,09)	<0,001	29,47 (2,24)	<0,001	5,93 (0,90)	<0,001	1,20 (1,18)	0,851

N=36 observações por momento de avaliação

B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão)

RC(EP) – Razão de chances (Erro Padrão).

APÊNDICE 10

Tabela XI – Regressões GEE para os cinco fatores do IGFP, BDSS e TDC tendo como variável preditora o número de partes do corpo que incomodam

	IGFP										BDSS		TDC	
	Abertura		Conscienciosidade		Amabilidade		Neuroticismo		Extroversão		B (EP)	p	RC (EP)	p
	B (EP)	P	B (EP)	P	B (EP)	p	B (EP)	p	B (EP)	p				
	-0,001													
Partes do corpo	(0,842)	1,000	0,36 (0,61)	0,563	0,03 (0,27)	0,911	1,27 (0,74)	0,087	0,38 (0,80)	0,640	-0,06 (0,33)	0,860	0,89 (0,36)	0,775
Tempo (ref.=Pré)		0,744		0,076		0,434		0,382		0,270		<0,001		0,001
PO - 2 meses	0,15 (1,59)	0,927	-1,77 (1,13)	0,117	-0,14 (0,53)	0,793	1,73 (1,42)	0,222	1,04 (1,48)	0,480	-2,80 (0,65)	<0,001	0,05 (0,04)	<0,001
PO - 4 meses	-0,54 (1,77)	0,761	-0,75 (1,28)	0,555	0,26 (0,58)	0,657	2,18 (1,57)	0,165	2,2 (1,67)	0,188	-3,59 (0,71)	<0,001	0,07 (0,06)	0,003
Interação Partes do corpo x Tempo		0,838		0,107		0,007		0,083		0,454		0,006		0,020
Partes do corpo x PO - 2 meses	-0,01 (0,92)	0,991	-0,58 (0,63)	0,359	-0,24 (0,31)	0,435	-0,31 (0,83)	0,706	-0,36 (0,83)	0,665	0,61 (0,38)	0,112	4,14 (2,12)	0,006
Partes do corpo x PO - 4 meses	-0,66 (1,33)	0,621	-1,99 (0,96)	0,037	-1,30 (0,43)	0,003	1,91 (1,18)	0,108	-1,51 (1,25)	0,227	1,70 (0,54)	0,001	3,18 (2,12)	0,083
Constante	33,47 (1,71)	<0,001	30,95 (1,33)	<0,001	14,11 (0,53)	<0,001	13,65 (1,50)	<0,001	27,86 (1,73)	<0,001	5,08 (0,66)	<0,001	3,02 (2,47)	0,176

N=36 observações por momento de avaliação.

B (EP) -Coeficiente da regressão (Erro Padrão).

RC(EP) – Razão de chances (Erro Padrão).

APÊNDICE 11

Tabela XII – Correlação item-total corrigida, alpha de Cronbach global e se item excluído para as cinco dimensões do IGFP-5

	Correlação Item – Total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Abertura (Alpha de Cronbach = 0,691)		
Q9 É original, tem sempre novas idéias	0,616	0,614
Q11 É inventivo, criativo	0,510	0,632
Q13 Valoriza o artístico, o estético	0,358	0,668
Q25 É curioso sobre muitas coisas diferentes	0,418	0,656
Q33 Tem uma imaginação fértil	0,442	0,647
Q35 É engenhoso, alguém que gosta de analisar profundamente as coisas	0,247	0,688
Q39 Gosta de refletir, brincar com as idéias	0,511	0,636
Q43 Tem poucos interesses artísticos	0,040	0,739
Q44 É sofisticado em artes	0,271	0,683
Conscienciosidade (Alpha de Cronbach = 0,694)		
Q4 É minucioso, detalhista no trabalho	0,174	0,704
Q6 Insiste até concluir a tarefa ou o trabalho	0,370	0,671
Q17 Pode ser um tanto descuidado	0,451	0,648
Q19 Tende a ser preguiçoso	0,541	0,622
Q20 Faz as coisas com eficiência	0,361	0,675
Q22 É facilmente distraído	0,509	0,632
Q32 Faz planos e os segue à risca	0,194	0,702
Q38 Tende a ser desorganizado	0,479	0,641
Amabilidade (Alpha de Cronbach = 0,699)		
Q8 Gosta de cooperar com os outros	0,342	0,841
Q15 É prestativo e ajuda os outros	0,739	0,294
Q18 É amável, tem consideração pelos outros	0,524	0,610
Neuroticismo (Alpha de Cronbach = 0,680)		
Q10 É temperamental, muda de humor facilmente	0,461	0,620
Q14 É emocionalmente estável, não se altera facilmente	0,465	0,620
Q21 É relaxado, controla bem o estresse	0,136	0,725
Q23 Mantém-se calmo nas situações tensas	0,374	0,651
Q34 Fica tenso com frequência	0,502	0,606
Q36 Fica nervoso facilmente	0,549	0,591
Extroversão (Alpha de Cronbach = 0,821)		
Q1 É conversador, comunicativo	0,731	0,774
Q5 É assertivo, não teme expressar o que sente	0,547	0,800
Q12 É reservado	0,527	0,803
Q16 É, às vezes, tímido, inibido	0,442	0,816
Q26 É sociável, extrovertido	0,729	0,778
Q29 É cheio de energia	0,574	0,798
Q37 Gera muito entusiasmo	0,289	0,833
Q42 Tende a ser quieto, calado	0,568	0,797

APÊNDICE 12

Tabela XIII – Teste de Kolmogorov-Smirnov para normalidade

	Teste de Kolmogorov-Smirnov		N
	z	p	
IGFP-5			
Abertura	0,704	0,704	108
Conscienciosidade	0,482	0,974	108
Amabilidade	0,753	0,451	108
Neuroticismo	0,548	0,925	108
Extroversão	0,930	0,352	108
BDSS	0,960	0,316	108

APÊNDICE 13

Quadro 1 – Resumo das tabelas 6 a 12

	IGFP-5					BDSS	TDC-SCID-I/P
	Abertura	Conscienciosidade	Amabilidade	Neuroticismo	Extroversão		
Tempo (ref.=Pré)							
PO - 2 meses	ns	↓ 2 meses < 4 meses	ns	ns	ns	↓	↓
PO - 4 meses	ns	↑ 4 meses > 2 meses	ns	↑	↑	↓	↓
Idade (anos)	↑	-	↑	-	-	-	-
No. de filhos	-	-	-	-	-	-	-
No. de filhos x Tempo							
Pré x PO - 2 meses	-	-	-	ns	-	-	-
Pré x PO - 4 meses	-	-	-	↑	-	-	-
Escolaridade - ensino médio (ref. = Superior)	-	-	-	-	ns	-	ns
Médio x Tempo							
Pré x PO - 2 meses	-	-	-	-	ns	-	ns
Pré x PO - 4 meses	-	-	-	-	ns	-	ns
Estado Civil - Casada (ref. = Solteira/Divorciada)	-	↑	-	-	-	-	-
Raça (ref. = Branca)							
Negra	↓	ns	-	-	-	↓ Negra < Parda	-
Parda	ns	↑	-	-	-	↑ Parda > Negra	-
Amarela	↓	ns	-	-	-	ns	-
Negra x Tempo							
Pré x PO - 2 meses	-	ns	-	-	-	ns	-
Pré x PO - 4 meses	-	ns	-	-	-	ns	-
Parda x Tempo							
Pré x PO - 2 meses	-	ns	-	-	-	↓	-
Pré x PO - 4 meses	-	ns	-	-	-	↓	-
Amarela x Tempo							
Pré x PO - 2 meses	-	ns	-	-	-	↓	-
Pré x PO - 4 meses	-	↑	-	-	-	↓	-

	IGFP-5					BDSS	TDC-SCID-I/P
	Abertura	Conscienciosidade	Amabilidade	Neuroticismo	Extroversão		
Religião							
Pré (ref. = católica)							
Evangélica	↑	-	-	↓	-	ns	-
Ateu/demais	ns	-	-	ns	-	ns	-
Evangélica x Tempo							
Pré x PO - 2 meses	ns	-	-	↑	-	↓	-
Pré x PO - 4 meses	ns	-	-	ns	-	↓	-
Ateu/demais x Tempo							
Pré x PO - 2 meses	ns	-	-	ns	-	↓	-
Pré x PO - 4 meses	↓	-	-	ns	-	↓	-
Início da insatisfação na fase adulta (ref. = adolescência)	-		-	↓	-		-
Camuflagem (ref.= não)	-	-	-	↑	-	ns	-
Camuflagem x Tempo							
Camuflagem x PO - 2 meses	-	-	-	-	-	ns	-
Camuflagem x PO - 4 meses	-	-	-	-	-	↓	-
Mais de 3 horas gasto com imagem (ref. = até 3 horas)	-	↑	-		-	↑	↑
Mais de 3 horas gasto com imagem x Tempo							
Pré x PO - 2 meses	↓	-	-	-	-	-	-
Pré x PO - 4 meses	ns	-	-	-	-	-	-
Partes do corpo	-	↑	ns		-	ns	ns
Partes do corpo x Tempo							
Pré x PO - 2 meses	-	-	ns	-	-	ns	↑
Pré x PO - 4 meses	-	↓	↓	-	-	↑	ns

(-) não incluído no modelo

ns - incluído no modelo, mas não significativo

ANEXOS

ANEXO 1

Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade (IGFP-5)

INSTRUÇÕES. A seguir encontram-se algumas características que podem ou não lhe dizer respeito. Por favor, escolha um dos números na escala abaixo que melhor expresse sua opinião em relação a você mesmo e anote no espaço ao lado de cada afirmação. Vale ressaltar que não existem respostas certas ou erradas. Utilize a seguinte escala de resposta:

- 1 Discordo totalmente
- 2 Discordo em parte
- 3 Nem concordo nem discordo
- 4 Concordo em parte
- 5 Concordo totalmente

Eu me vejo como alguém que ...

- ___ 01. É conversador, comunicativo.
- ___ 04. É minucioso, detalhista no trabalho.
- ___ 05. É assertivo, não teme expressar o que sente.
- ___ 06. Insiste até concluir a tarefa ou o trabalho.
- ___ 08. Gosta de cooperar com os outros.
- ___ 09. É original, tem sempre novas ideias.
- ___ 10. É temperamental, muda de humor facilmente.
- ___ 11. É inventivo, criativo.

- ___ 12. É reservado.
- ___ 13. Valoriza o artístico, o estético.
- ___ 14. É emocionalmente estável, não se altera facilmente.
- ___ 15. É prestativo e ajuda os outros.
- ___ 16. É, às vezes, tímido, inibido.
- ___ 17. Pode ser um tanto descuidado.
- ___ 18. É amável, tem consideração pelos outros.
- ___ 19. Tende a ser preguiçoso.
- ___ 21. É relaxado, controla bem o estresse.
- ___ 22. É facilmente distraído.
- ___ 23. Mantém-se calmo nas situações tensas.
- ___ 25. É curioso sobre muitas coisas diferentes.
- ___ 26. É sociável, extrovertido.
- ___ 29. É cheio de energia.
- ___ 33. Tem uma imaginação fértil.
- ___ 34. Fica tenso com frequência.
- ___ 35. É engenhoso, alguém que gosta de analisar profundamente as coisas.
- ___ 36. Fica nervoso facilmente.
- ___ 37. Gera muito entusiasmo.
- ___ 38. Tende a ser desorganizado.
- ___ 39. Gosta de refletir, brincar com as ideias.
- ___ 42. Tende a ser quieto, calado.
- ___ 43. Tem poucos interesses artísticos.
- ___ 44. É sofisticado em artes.

ANEXO 2**Escala de Sintomas da Dismorfia Corporal - UNIFESP/EPM**

1. Você está seriamente preocupado(a) de que uma parte do seu corpo é defeituosa?

() sim () não

2. Você se observa no espelho de forma atenta e repetida?

() sim () não

3. Você evita olhar-se no espelho para não ficar tão preocupado(a)?

() sim () não

4. Você se preocupa de que outras pessoas possam estar observando, falando ou zombando de seu defeito?

() sim () não

5. Você tenta esconder ou camuflar seu defeito com as mãos, maquiagem ou roupas?

() sim () não

6. Você acredita que uma cirurgia plástica poderá mudar radicalmente a sua vida, corrigindo o defeito que lhe incomoda?

() sim () não

7. Você negligenciou suas atividades normais, do dia-a-dia, por causa do defeito?

() sim () não

8. Este defeito lhe causa raiva, impaciência, agressividade, principalmente no relacionamento com parentes, amigos ou colegas de trabalho?

() sim () não

9. Nesses momentos, você quebra algum objeto, dá murros ou chuta paredes e portas?
() sim () não

10. Seu desespero é tamanho a ponto de desejar morrer, ferir-se ou prejudicar-se em função desse desespero?

() sim () não

ANEXO 3

ESCALA DE HOLLINGSHEAD

- 1 – Altos executivos, profissionais liberais (médico, advogado, engenheiro, psicólogo, dentista, professor universitário, etc.)
- 2 – Gerentes ou proprietários de empresa média (com mais de 20 funcionários), profissionais médios (professor de ensino fundamental e médio, enfermeiro, assistente social, etc.)
- 3 – Cargos administrativos (sem curso superior), gerente ou proprietário de pequena empresa (padarias, restaurantes, venda de automóveis, agente de viagens, etc.)
- 4 – Nível técnico, ofício religioso, vendas, bancário, secretária, etc.
- 5 – Curso profissionalizante (não exige ensino médio), cabeleireiro, manicure, padeiro, mecânico, policiais, bombeiro, encanador, alfaiate, etc.)
- 6 – Semi-especializado, auxiliar de enfermagem, pedreiro, garçom, motorista, vigilante, operador de maquinário
- 7 – Não especializado: zelador, ajudante de pedreiro, porteiro, serviços gerais – aposentados, do lar, desempregados
- 8 – Estudante