



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Faculdade de Ciências Médicas

Maria Lídia de Abreu Silva

**Diretrizes para suspeição do Transtorno Dismórfico Corporal em  
adolescentes e adultos jovens candidatos à  
cirurgia plástica estética**

Rio de Janeiro  
2014

Maria Lídia de Abreu Silva

**Diretrizes para suspeição do Transtorno Dismórfico Corporal em adolescentes  
e adultos jovens candidatos à cirurgia plástica estética**

Tese apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor, ao Programa de  
Pós-Graduação em Ciências Médicas, da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette

Coorientador: Prof. Dr. Evandro Freire Coutinho

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIÚS/BIBLIOTECA CB-A

S586 Silva, Maria Lídia de Abreu.  
Diretrizes para suspeição do Transtorno Dismórfico Corporal em adolescentes e adultos jovens candidatos à cirurgia plástica estética / Maria Lídia de Abreu Silva. - 2014.  
151 f.

Orientadora: Stella Regina Taquette.  
Coorientador: Evandro Freire Coutinho.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Adolescência - Teses. 2. Adolescentes - Aspectos psicológicos. 3. Cirurgia plástica - Psicologia. 4. Transtornos Dismórficos Corporais - Diagnóstico. 5. Transtornos Dismórficos Corporais - Psicologia. 6. Imagem corporal - Psicologia. 7. Autoimagem. I. Taquette, Stella Regina. II. Coutinho, Evandro Freire. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 159.992.8:616-089.844

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Maria Lídia de Abreu Silva

**Diretrizes para suspeição do Transtorno Dismórfico Corporal em adolescentes  
e adultos jovens candidatos à cirurgia plástica estética**

Tese apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor, ao Programa de  
Pós-Graduação em Ciências Médicas, da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 28 de julho de 2014.

Coorientador: Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho  
Fundação Oswaldo Cruz

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette (Orientadora)  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise Leite Maia Monteiro  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

Prof. Dr. João Medeiros Tavares Filho  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sílvia Falcão de Oliveira  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2014

## DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais, Edyr e Alberto, meus queridos gigantes.

*"Se consegui ver mais longe é porque estava nos ombros de gigantes".*

*(Isaac Newton)*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, a quem pertence o mérito por tudo o que faço e tudo o que sou.

Professora Doutora Stella Regina Taquette, que com sua amizade, incentivo, carinho e competência aceitou a proposta de orientar este trabalho e transformou esta tarefa em uma parceria alegre, leve e enriquecedora.

Ao Professor Doutor Evandro Freire Coutinho, cujo valioso apoio com sua coorientação, permitiu que este trabalho fosse finalizado.

Aos membros da banca, Professores Doutores Denise Leite Maia Monteiro, Sandra Lucia Correia Lima Fortes e João Medeiros Tavares Filho, que muito enriqueceram este trabalho com críticas, observações, e proveitosas sugestões na fase de qualificação.

À Professora Doutora Sílvia Falcão de Oliveira e aos Professores Doutores acima mencionados, pela gentileza de atenderem ao convite para participar da Banca de Defesa desta Tese de Doutorado.

Aos Professores Doutores Karla Ribeiro de Lima Cardoso e Eduardo Haruo Saito, pela gentileza de aceitarem o convite para a suplência da Banca Examinadora.

Aos queridos mestres e amigos Dr. Cláudio Cardoso de Castro, Dr. José Horácio Aboudib e Dr. Reinaldo Salema, que me presentearam com seus exemplos de vida, ensinamentos e incentivos pelo meu crescimento profissional.

À Professora Cira Umbelinda Fonseca, registro minha gratidão pela sua ajuda prestimosa durante a realização dos grupos focais nas escolas.

À Teresa Cristina Jardim, mestra em Língua Portuguesa, que com paciência e dedicação, revisou cada frase desta tese.

Aos amigos e colegas do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto que contribuíram para a realização deste trabalho, presentes sob diversas formas neste texto e em minha memória afetiva.

A todos os pacientes e estudantes que, consentindo com a suas participações, tornaram este trabalho possível.

A todos os amigos, professores, médicos e funcionários que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

A Rafael, Vinícius, Barbara, Victor e Daniel que alegram o meu viver.

Dias inteiros de calma, noites de ardência, dedos no leme e olhos no horizonte.  
Um tempo em que aprendi a entender as coisas de mar, a conversar com as  
grandes ondas e não discutir com o mau tempo. A transformar o medo  
em respeito, o respeito em confiança. Descobri como é bom chegar  
quando se tem paciência. E para se chegar onde quer que seja,  
aprendi que não é preciso dominar a força, mas a razão.  
É preciso antes de mais nada, querer.

*Amyr Klink*



## RESUMO

SILVA, Maria Lídia Abreu. *Diretrizes para suspeição do Transtorno Dismórfico Corporal em adolescentes e adultos jovens candidatos à cirurgia plástica estética*. 2014. 151 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Este estudo teve por objetivo elaborar guia com diretrizes para suspeição do transtorno dismórfico corporal (TDC) em adolescentes e adultos jovens que buscam tratamento cirúrgico estético. Embora seja um transtorno psiquiátrico devastador, que geralmente começa na adolescência e que tem sido pouco investigado nesta faixa etária, é insuficientemente conhecido e mal compreendido, trazendo importantes implicações para o desenvolvimento pessoal e social, especificamente na população adolescente. Foi efetuado em duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa. Na etapa quantitativa, foi realizado um estudo de coorte, longitudinal, prospectivo, com 119 jovens, entre 13 e 25 anos, de ambos os sexos, candidatos à cirurgia plástica estética, no que diz respeito a dados demográficos e avaliação da imagem corporal e autoestima. Na qualitativa, foram desenvolvidos grupos focais com adolescentes candidatos e não candidatos à cirurgia plástica estética, para avaliação da influência do padrão cultural de beleza na imagem corporal. O TDC foi suspeitado em 37% dos participantes, e destes, 98% sobrevalorizaram o defeito percebido. Houve associação estatística com os sintomas do TDC e comportamentos de inibição em situações sociais, em atividades físicas em público e no exercício da sexualidade. Foi apontado que quando aumenta a gravidade dos sintomas do TDC, diminui a autoestima. Das categorias temáticas resultantes dos grupos focais, a cirurgia plástica foi vista como reparadora da autoestima nos jovens discriminados por não serem atraentes; a banalização da cirurgia plástica expressou a redução do caráter médico do procedimento e da preocupação com os riscos da cirurgia; reconheceu-se a dificuldade em se alcançar um corpo perfeito conforme difundido pela mídia; o padrão de beleza e boa aparência foram ligados à boa condição física; a rejeição e exclusão do convívio social foram reconhecidas como discriminação contra pessoas com imperfeições na aparência. Neste modelo de estudo, foi criado guia para triagem do TDC na prática da cirurgia plástica, baseado no grau de angústia (preocupação) e no comprometimento funcional (esquiva e inibição) causados pela aparência física. O discurso dos grupos indicou que as facilidades proporcionadas pelo mercado tornam a cirurgia plástica muito procurada pelos adolescentes e adultos jovens, sendo vista como meio eficaz de inclusão social que resulta no crescimento da autoestima, maior vaidade e autoconfiança. Os participantes reconheceram que o padrão de corpo perfeito propagado pela mídia influencia a autoimagem dos adolescentes e é considerado objetivo inatingível.

Palavras-chave: Adolescência. Cirurgia plástica. Transtorno Dismórfico Corporal.

## ABSTRACT

SILVA, Maria Lídia Abreu. *Guidelines for suspecting Body Dysmorphic Disorder in adolescent and young adult candidates for aesthetic plastic surgery*. 2014. 151 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

The aim of this study was to draw up orientation with guidelines for suspecting body dysmorphic disorder (BDD) in adolescents and young adults wanting to undergo aesthetic plastic surgery. Although this is a devastating psychological disorder, which usually begins during adolescence and has been little investigated in this age group, it is little known and poorly understood, something that has significant implications for personal and, social development, especially in the adolescent population. The study was conducted in two stages, quantitative and qualitative. In the quantitative stage, a longitudinal, prospective cohort study was carried out with 119 young people aged between 13 and 25, of both sexes, candidates for aesthetic plastic surgery, concerning demographic data and evaluation of body image and self-esteem. The qualitative stage involved focus groups with adolescents, some of whom were candidates for aesthetic plastic surgery, in order to evaluate the influence of cultural beauty standards on body image. BDD was suspected in 37% of the participants, and of these, 98% over-evaluated the perceived defect. There was an association between BDD symptoms and inhibited behavior in social situations, in physical activity in public and in sexuality. The more severe the BDD symptoms, the lower self-esteem was shown to be. The thematic categories resulting from the focus groups were: plastic surgery being seen as repairing self-esteem in young people discriminated against for not being attractive; plastic surgery becoming banal, shown in the reduced medical character of the procedure and reduced concern with the risks of surgery; the difficulty in achieving a perfect body as disseminated by the media was recognized; standards of beauty and looking good are linked to good physical condition; social rejection and exclusion were recognized as discrimination against those with imperfections in their appearance. In this model of the study, a guide was created for the triage of BDD in plastic surgery practices, based on degree of anguish (worry) and functional impairment (avoidance and inhibition) caused by physical appearance. The groups discourse indicated that the facilities available on the market mean many adolescents and young adults seek plastic surgery, seeing it as an means to achieving social inclusion, resulting in increased self-esteem, vanity and self-confidence. The participants recognized that the standard of perfect beauty propagated by the media influences adolescents' self-esteem and consider it to be unachievable.

Keywords: Adolescence. Plastic surgery. Body Dysmorphic Disorder.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Critérios diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), segundo o DSM-TR.....	43
Tabela 1 -	Perfil dos jovens e das cirurgias realizadas incluídos no estudo .....	89
Gráfico 1 -	Gráfico de linha mostrando correlação entre o Transtorno Dismórfico Corporal e autoestima avaliada no pré-operatório.....	92
Gráfico 2 -	Gráfico de linha mostrando correlação entre o Transtorno Dismórfico Corporal e autoestima avaliada no pós-operatório .....	93
Quadro 2 –	Sinais indicadores de TDC em pacientes de cirurgia plástica cosmética.....	111
Quadro 3 –	Guia auxiliar para triagem do TDC na primeira consulta de avaliação para cirurgia plástica estética.....	126

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDDE	Body Dysmorphic Disorder Examination
DSM-TRTM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DP	Desvio Padrão
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TDC	Transtorno Dismórfico Corporal
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	18
1.1	<b>As transformações do corpo na contemporaneidade</b> .....	18
1.2	<b>A imagem corporal</b> .....	20
1.3	<b>Autoestima</b> .....	21
1.4	<b>Formação e estruturação da imagem corporal</b> .....	22
1.5	<b>Imagem corporal patológica</b> .....	23
1.5.1	<u>Transtorno Dismórfico Corporal</u> .....	24
1.6	<b>Cirurgia plástica na adolescência</b> .....	31
1.6.1	<u>Considerações sobre os procedimentos estéticos na adolescência</u> .....	33
1.6.1.1	Rinoplastia.....	35
1.6.1.2	Redução / Aumentos das mamas .....	36
1.6.1.3	Ginecomastia .....	37
1.6.1.4	Lipoaspiração.....	38
1.6.1.5	Otoplastia .....	39
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	40
2.1	<b>Principal</b> .....	40
2.2	<b>Secundários</b> .....	40
3	<b>MÉTODOS</b> .....	41
3.1	<b>Características do estudo</b> .....	41
3.2	<b>Etapa quantitativa</b> .....	41
3.2.1	<u>Sujeitos da pesquisa</u> .....	41
3.2.2	<u>Critérios de inclusão</u> .....	41
3.2.3	<u>Critérios de exclusão</u> .....	42
3.2.4	<u>Instrumentos</u> .....	42
3.2.4.1	Investigação da insatisfação com a aparência física (BDDE) .....	42
3.2.4.2	Investigação da qualidade de vida .....	45
3.2.5	<u>Análise estatística dos dados</u> .....	45

3.2.6	<u>Aspectos éticos da pesquisa</u> .....	46
3.6.2.1	Parecer sobre o projeto .....	46
3.6.2.2	Termo de consentimento livre e esclarecido .....	46
3.3	<b>Etapa qualitativa</b> .....	47
3.3.1	<u>Sujeitos da pesquisa</u> .....	48
3.3.2	<u>Coleta de dados</u> .....	48
3.3.3	<u>Análise das informações</u> .....	48
3.3.4	<u>Pesquisa com estudantes da rede pública</u> .....	49
3.3.5	<u>Pesquisa com adolescentes e jovens candidatos à cirurgia plástica</u> .....	50
4	<b>SENTIDOS DA IMAGEM CORPORAL DE ADOLESCENTES NO ENSINO FUNDAMENTAL (ARTIGO CIENTÍFICO)</b> .....	52
5	<b>MOTIVAÇÕES DE ADOLESCENTES E JOVENS NA BUSCA DA CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA (ARTIGO CIENTÍFICO)</b> .....	66
6	<b>PREDITORES DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EM JOVENS CANDIDATOS A CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA (ARTIGO CIENTÍFICO)</b> .....	81
7	<b>TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL:CONTRIBUIÇÕES PARA O CIRURGIÃO PLÁSTICO (ARTIGO CIENTÍFICO)</b> .....	103
8	<b>DISCUSSÃO</b> .....	121
	<b>CONCLUSÕES</b> .....	126
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	129
	<b>APÊNDICE A – Questionário auto-aplicável</b> .....	134
	<b>APÊNDICE B – Roteiro do Grupo Focal</b> .....	136
	<b>ANEXO A - Questionário semi-dirigido para o TDC</b> .....	137
	<b>ANEXO B – Escala de Autoestima de Rosenberg</b> .....	147
	<b>ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	148
	<b>ANEXO D – Termo de Consentimento Informado</b> .....	149
	<b>ANEXO E - Autorização da Coordenadoria de Educação da SMERJ</b> ..	151

## INTRODUÇÃO

A beleza física pode ser considerada o ícone da perfeição humana. O culto ao corpo e a procura por retardar os efeitos do envelhecimento envolvem não apenas o desejo de melhores condições de saúde, mas também uma preocupação excessiva com a aparência. Essa beleza, aos olhos do observador, e no conceito de ideal de beleza da sociedade, parece ser relativa e altamente influenciável pelo seu desenvolvimento cultural, sendo por isso dinâmica e mutável o tempo todo.

Os meios de comunicação de massa veiculam cotidianamente artigos, reportagens e propagandas sobre a indústria da beleza, que tem um crescimento anual de proporções exponenciais.<sup>28</sup> Também são frequentes os programas televisivos que abordam o tema da cirurgia plástica, alguns convidando à reflexão sobre o exagero da prática ou mostrando ganhos significativos na qualidade de vida de muitas pessoas, e outros transformando o sofrimento humano e o caráter privado do ato cirúrgico num espetáculo midiático.

A explosão em popularidade da cirurgia plástica cosmética nos últimos anos pode ser devida a vários fatores, entre eles a evolução de procedimentos minimamente invasivos com segurança, o aumento da divulgação pela mídia de massa, e a maior aceitação de procedimentos cosméticos como meio de alcançar uma melhor aparência física.<sup>28</sup> A influência da sociedade não pode ser esquecida, uma vez que no âmbito da cultura são definidos os padrões estéticos desejáveis, incidindo na psique de todos os indivíduos. A beleza tornou-se uma necessidade.

É denominada cirurgia cosmética ou estética aquela realizada pelo paciente com o objetivo de promover melhoras à sua aparência. O principal motivo que leva uma pessoa a se submeter a uma cirurgia de caráter estético é melhorar a autoestima, seja ele consciente ou inconsciente. A autoestima está intimamente relacionada à imagem corporal e corresponde à satisfação do indivíduo consigo mesmo, envolvendo a obtenção de afeto e aprovação dos demais.<sup>31</sup>

Por outro lado, o corpo é material privilegiado para expressão simbólica de conflitos inconscientes. Dessa forma, pacientes candidatos a cirurgias plásticas estéticas trazem a questão psicossomática implicada na procura por uma intervenção cirúrgica no corpo muitas vezes sem indicação.<sup>11</sup> No âmbito corporal são registrados os conflitos em relação à estruturação da identidade, e dela decorrerá uma maior ou menor adequação às situações de vida. A supervalorização

do corpo e da imagem visual pode ser um elemento na promoção de alterações na forma de experimentar o próprio corpo, características de transtornos psiquiátricos comuns na atualidade.

Entre adolescentes e jovens, a cirurgia plástica tem se tornado um procedimento altamente procurado. Não bastasse a influência de pais e amigos, a sociedade transformou o corpo em objeto de manipulação e de desejos, valorizando a magreza entre as mulheres e a força entre os homens. Como consequência, os jovens que procuram tais intervenções cirúrgicas vivem um conflito entre a imagem corporal idealizada e a sua real autoimagem, e relatos de casos de insatisfação podem decorrer disto.<sup>28</sup>

O adolescente que busca uma modificação em seu corpo muitas vezes alcança um bem-estar geral em função de ganhos significativos na autoestima. Esse adolescente candidato à cirurgia plástica estética pode também, anunciar um descontentamento com sua realidade corpórea em suas representações conscientes e inconscientes, e, neste caso, o sonho de alcançar um corpo perfeito pode não se tornar realidade. Tal insatisfação leva o adolescente a adotar posturas diversas, principalmente as dietas restritivas para emagrecimento (tornando-o suscetível a graves distúrbios nutricionais, como anorexia nervosa e bulimia nervosa) e práticas exageradas de atividade física e consumo de anabolizantes, que podem predispor aos transtornos dismórficos corporais. As cirurgias plásticas estéticas não solucionam problemas emocionais, menos ainda defeitos imaginários concernentes a um transtorno de ordem psíquica.<sup>11</sup>

Frequentemente, quando o adolescente ou o jovem solicita uma cirurgia plástica, o cirurgião tem dificuldades em decidir se deve ou não operar durante um período de rápido crescimento, desenvolvimento físico e grandes transformações biopsicossociais, cujos resultados cirúrgicos são incertos. Muitas vezes, decisões impulsivas e impensadas de correções estéticas podem induzir a sérios problemas psicológicos futuros, fundamentalmente por não atingir as expectativas imaginárias do paciente adolescente ou jovem. A auto percepção sobre problemas na aparência pode se tornar mais intensa para adolescentes que apresentam preocupação com mínimos ou inexistentes defeitos, causando significativa tristeza ou interferindo com a sua vida social e profissional, caracterizando-se neste caso o Transtorno Dismórfico Corporal.<sup>11</sup>



Segundo o American Psychiatric Association e o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TRTM),<sup>3</sup> o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é caracterizado por uma preocupação excessiva com um defeito percebido, ou uma pequena falha na aparência física. Essa preocupação, pelo grau de sofrimento, perturba e compromete as relações afetivas, sociais e profissionais, empobrecendo a qualidade de vida do indivíduo.<sup>42,43,44</sup> Aspectos neurobiológicos, psicológicos e socioculturais estão envolvidos na etiologia multifatorial desse transtorno.<sup>19,41</sup> Trata-se de um transtorno mental crônico<sup>44</sup> que, geralmente, afeta ambos os sexos.<sup>41,43</sup> Epidemiologicamente falando, a incidência de TDC parece apresentar uma distribuição bimodal. A desordem tende a se manifestar principalmente na adolescência e no início da idade adulta, com um segundo pico de incidência após a menopausa.<sup>11</sup>

Características impulsivas associam-se ao TDC e podem potencializar, nesses pacientes, alguns comportamentos de risco, como, por exemplo, a busca obsessiva por procedimentos estéticos, comportamentos auto e heteroagressivos de abuso de substâncias como álcool e drogas, transtornos da alimentação, gastos excessivos, repetidas hospitalizações, ideação e tentativas de suicídio,<sup>41,43,44,46</sup> traduzindo, assim, o nível de sofrimento.

O reconhecimento do transtorno é de extrema importância, não apenas para evitar cirurgias desnecessárias e insatisfatórias que são contraindicadas para os pacientes, mas para possibilitar o planejamento de uma estratégia de tratamento com maior potencial de sucesso. Entretanto, o reconhecimento do diagnóstico do TDC, na prática clínica de cirurgia plástica, pode ser um desafio.<sup>25,41,44</sup> Indivíduos portadores de TDC têm sido muitas vezes observados no cenário da cirurgia plástica estética em busca de tratamento cirúrgico, para corrigir o suposto defeito físico e melhorar a extrema insatisfação com sua aparência,<sup>2,11,44</sup> sendo que, a prevalência do TDC, nesses pacientes, varia entre 6 e 15%.<sup>2,11,43,55</sup> Estudos publicados em relação à prevalência na população em geral tendem a apontar uma variação de 0,7% a 2,3%.<sup>11, 41,43</sup>

É importante entender que a linha divisória entre o desejo comum de melhorar a aparência física e uma neurose com a aparência, às vezes pode tornar-se muito tênue. Insatisfação extrema com a aparência pode esconder traços psicopatológicos que nem sempre são fáceis de reconhecer, e que se negligenciada pode envolver

graves conseqüências iatrogênicas e médico-legais.<sup>11</sup> Sabendo-se que a insatisfação corporal é o principal sintoma do TDC e que, esse aspecto e a comorbidade com outros transtornos mentais<sup>19,41</sup> poderiam comprometer a percepção do resultado em termos de satisfação,<sup>11</sup> a sua avaliação, anteriormente ao procedimento de cirurgia plástica tornar-se-ia essencial.

A identificação de alterações psicológicas antes da intervenção cirúrgica, poderia garantir melhor acesso e tratamento para essa população de pacientes. Deve-se ressaltar que tal paciente pode se beneficiar apenas com o tratamento psiquiátrico. Uma cirurgia, mesmo se perfeitamente executada, é incapaz de resolver o desconforto psicológico decorrente do suposto defeito físico e leva muitas vezes a uma ação judicial.<sup>48</sup>

Todo esse contexto, aliado a escassez de trabalhos acadêmicos sobre o tema no cenário brasileiro, motivaram esta investigação sobre o estudo do TDC em adolescentes e adultos jovens. Trata-se de um tema que atende às exigências de atualização médica do mercado profissional contemporâneo, não apenas por sua relevância social, mas também porque a conscientização das maneiras pelas quais nos relacionamos com o próprio corpo pode promover sua utilização como instrumento favorecedor da comunicação interpessoal e da promoção do bem estar.

O motivo da escolha deste tema, reside no fato do TDC ser pouco identificado pelos profissionais da área médica, a quem primeiramente estas pessoas recorrem.<sup>11,48</sup> Os profissionais tendem a responder às queixas do paciente, na tentativa de solucionar o problema. Entretanto, o que se vê é o agravamento do mesmo, e a relação médico-paciente fica muito difícil, pois o profissional nunca conseguirá atingir as expectativas do paciente para um problema muitas vezes imaginário.

O presente estudo se apoia no fato desse transtorno estar aumentando,<sup>11,14,42</sup> numa sociedade em que a aparência física é mais valorizada do que outros atributos dos indivíduos e ainda recebe pouca atenção empírica por parte dos profissionais de saúde. É de alta relevância uma vez que possibilitará esclarecer alguns aspectos relacionados ao TDC, na prática médica cosmética, trazendo com isto, uma contribuição para que essa patologia em adolescentes e jovens seja mais bem caracterizada e, conseqüentemente, melhor tratada.

Esta pesquisa tem por objetivo principal elaborar guia orientador com diretrizes de suspeição do TDC em população de adolescentes e adultos jovens que

recorrem a tratamento cirúrgico estético. Trata-se de tema atual e de grande relevância para o campo da cirurgia plástica e da saúde pública, na medida em que têm crescido os problemas relacionados a pacientes portadores de transtornos dismórficos corporais que frequentemente se iniciam na adolescência. Daí a necessidade de buscarmos também, com esta pesquisa, conhecer e compreender aspectos relacionados à imagem corporal, autoestima e qualidade de vida na adolescência, que levam adolescentes e adultos jovens a procurarem cirurgia plástica estética.

## 1 REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1 As transformações do corpo na contemporaneidade

Nas últimas décadas, houve grandes modificações no campo das ciências que apontaram para transformações significativas no que se refere aos paradigmas culturais. Além da predisposição orgânica e do aspecto psicológico na formação de sintomas na sociedade contemporânea, os aspectos sociais têm influência marcante no estudo da imagem corporal. A insatisfação corporal tem ares de epidemia nos tempos atuais,<sup>55</sup> advinda de influências socioculturais e interpessoais, como a exposição à mídia ou mesmo o *bullying*, entre outros.

O aumento da reprodução e propagação de imagens de corpos jovens e perfeitos, através da mídia tecnológica, incide em nossas psiques e estimula a busca de traços físicos ideais, objetivando uma validação externa, fato que pode estar relacionado ao crescimento exponencial dos transtornos que envolvem alterações da imagem corporal.<sup>11,55</sup>

Há uma espécie de “slogan esquizofrênico” nas mensagens publicitárias que diz “seja diferente: seja igual”. O consumo torna os padrões de estética e de comportamento homogêneos. Os corpos são “produzidos” através de dietas, malhação e cirurgias estéticas para serem ostentados como “corpo-imagem” ou “corpo mensagem” que fala pelo sujeito e vai determinar sua felicidade, não por despertar o desejo ou o amor de alguém, mas por constituir o objeto mais valorizado do seu amor-próprio: a tão propalada autoestima, a que se reduziram todas as questões subjetivas na cultura do narcisismo.<sup>27</sup> O corpo dos adolescentes e das mulheres adultas tornou-se o porta-voz deste coletivo que os invade e cerceia, uma vez que ainda é o objeto privilegiado das intervenções estéticas e reprodutivas.<sup>18</sup>

As intervenções médicas transbordaram de longe a intimidade dos consultórios psicanalíticos e passaram a ocupar as imagens, os discursos e os programas de televisão. Existem o exagero e a banalização das manobras cirúrgicas estéticas, fato que leva à alienação do próprio corpo pela entrega aos padrões estandardizados de beleza e pelos múltiplos esforços para apagar as marcas do envelhecimento.<sup>18</sup>

Vemos, na sociedade de consumo, uma tendência em atribuir ao indivíduo a responsabilidade e a obrigação pela beleza de seu corpo, pois, com esforço, acredita-se que possa atender às exigências sociais de magreza e beleza, com todos os rituais que isto envolve, para alcançar a aparência desejável.

Essa reflexão sobre a questão corporal, seu controle e representação cresce hoje em importância, e a identidade corporal deve ser pensada no contexto da alta tecnologia médica contemporânea. Ao mesmo tempo em que cresce a preocupação com as identidades pela crise nas inúmeras fontes de referência, há uma multiplicação de técnicas artificiais de modelagem, tanto no plano psíquico como no físico. O corpo “construído” é um conceito peculiar e relativamente moderno, pois o corpo vivo torna-se objeto público. Isso se refere ao conceito de *body building* e se revela na multiplicação de academias, *spas*, técnicas de embelezamento e clínicas de estética e cirurgia plástica, onde o imperativo é emagrecer e ser bonito.<sup>18, 27</sup>

A sociedade usa o corpo para seus fins, impondo-lhe normas (biopoder), alinha-o às exigências da moda (saltos altos), cobre-o de signos (tatuagens), interfere em seus aspectos psíquicos (farmacologia), mutila-o e modela-o (cirurgia estética).<sup>18</sup> Como uma criação sociocultural, no corpo se inscrevem ideias, crenças e as imagens que se fazem dele. Nesse sentido, se a imagem dominante, valorizada socialmente for de uma pessoa magra, emagrecer será o ideal de todos. Aqueles que não conseguem chegar a este padrão desejado sofrem muito. Esse processo tem um impacto negativo sobre a autoimagem, principalmente das mulheres que se sentem obrigadas a terem um corpo magro, atrativo, em forma e jovem. Esta imagem corporal negativa pode determinar o aparecimento de baixa autoestima e depressão, ou seja, sofrimento.<sup>18,51</sup>

A busca pela imagem perfeita recai especialmente sobre as mulheres. Nunca as mulheres tiveram tanto poder, reconhecimento e sucesso profissional do que na atualidade, mas continuam sendo tão cobradas como na época em que tinham que ser esposas e donas de casa exemplares.<sup>18</sup> O controle social atual caracterizado pela obsessão com a perfeição física das mulheres, “o mito da beleza”, mantém a dominância masculina intacta.<sup>18,29</sup>

A vaidade masculina cresceu junto com a valorização do lazer, do esporte, de uma vida saudável. É diferente da vaidade feminina. O homem quer estar bem de uma forma global, seu cuidado é mais voltado para ter um corpo saudável. Ele só tem preocupações estéticas específicas quando os cabelos começam a cair ou a

barriga está grande demais. Enquanto isso, a mulher se apega ao detalhe. Ela se observa permanentemente.<sup>29</sup>

A consciência do próprio corpo, objetivo máximo do narcisismo, transforma-se em obsessão pelo vigor físico numa época em que rituais de controle e manutenção da forma, da vitalidade e da beleza do corpo são instituídos; e o envelhecimento é sentido como intolerável.<sup>18</sup> A aparência passou a ter outro valor na sociedade democrática e tecnológica, que recusa a submissão ao destino. Estar em forma e não envelhecer é a preocupação número um de hoje.<sup>29</sup>

## 1.2 Imagem corporal

Tratamentos cosméticos, autoestima, cirurgias plásticas, dificuldades de comunicação, tatuagens, distúrbios alimentares, dor, excesso de exercícios, estresse e sintomas psicossomáticos, entre outros, são assuntos atuais intimamente relacionados à imagem corporal.<sup>59</sup> O conceito de imagem corporal pode ser definido como o conjunto de imagens ou representações mentais do corpo ao longo da vida de um indivíduo, caracterizando um fenômeno polimorfo, modificável, que reflete desejos, atitudes emocionais e interação do indivíduo com outras pessoas.<sup>9,19</sup> A imagem corporal é um componente psíquico, sua formação ocorre por meio de estímulos de diferentes áreas do córtex cerebral e corresponde a uma série cumulativa de imagens, fantasias e significados sobre o corpo e suas partes e funções.<sup>31</sup> Trata-se da figuração do próprio corpo formada e estruturada na mente do indivíduo, ou seja, a maneira pela qual o corpo se apresenta.<sup>56</sup>

É lábil, ou seja, está em constante alteração, pois sofre influência dos estados emocionais, conflitos psíquicos e interação com os outros seres. Está relacionada com o social por isso é formada e aceita pelo contato com outras personalidades físicas. Por ser reflexo da sociedade na qual o ser humano se insere, a imagem corporal natural, muitas vezes, é inibida em função da cultura e pressão de ordem social.<sup>9,21</sup>

Como se refere a um processo emocional estabelecido pelas imagens mentais formadas sem a presença do objeto, ocorre depois do reconhecimento e identificação daquilo que já se encontra gravado na mente, ou seja, a partir das experiências vivenciadas. As sensações que nos colocam em contato com o mundo e com nós mesmos ficam memorizadas em nosso córtex cerebral e em nosso corpo,

criando uma espécie de mosaico perceptivo. Esse mosaico contém sensações táteis, auditivas, visuais, olfatórias, proprioceptivas, motoras e tantas quantas forem as experiências corporais armazenadas combinadas com componentes emocionais e cognitivos que se contextualizam no tempo e espaço. Todos esses fatores são acionados quando captamos a imagem corporal na nossa mente.<sup>31,60</sup> A imagem mental do corpo significa o caminho através do qual, o corpo aparece para o indivíduo.<sup>31</sup>

A indústria corporal, utilizando-se dos meios de comunicação, cria desejos e reforça imagens, invadindo e modificando a maneira de compreender a vida.<sup>13</sup> Pessoas que têm uma boa integração da imagem corporal interagem de maneira mais harmônica com o ambiente, são mais independentes, mais esforçadas, definem objetivos claros para vida,<sup>9</sup> ou seja, a imagem corporal se comporta como o grau de satisfação ou insatisfação em relação ao corpo.

### 1.3 Autoestima

Rosemberg<sup>51</sup> refere-se à autoestima como a avaliação que a pessoa efetua e geralmente mantém em relação a si própria, a qual implica um sentimento de valor, que engloba um componente predominantemente afetivo, expresso numa atitude de aprovação ou desaprovação em relação a si mesma. Assim, supõe uma estimativa de valor pessoal frente à de outros, que também pode ser real ou imaginária e que influi nas avaliações das próprias condutas e no estabelecimento dos objetivos que o indivíduo se propõe a atingir.<sup>36</sup>

A autoestima encontra-se mais elevada naqueles indivíduos que se relacionam bem com o próprio erotismo e estabelecem relações interpessoais satisfatórias.<sup>51</sup> De acordo com Vaz-Serra,<sup>61</sup> a autoestima é a faceta mais importante do autoconceito, encontra-se associada aos aspectos avaliativos que o sujeito elabora a seu respeito, baseado nas suas capacidades e desempenhos. A organização da autoestima é complexa e permite identificar três componentes na autoestima global: (1) tendência para experimentar estados afetivos positivos e negativos; (2) as concepções específicas de si mesmo, das suas forças e debilidades; (3) a forma como as pessoas “interiorizam” as suas autoimagens, ou seja, a convicção sobre a importância relativa das “autoimagens” positivas de si

mesmo perante as negativas, e a discrepância entre as “autoimagens” reais e ideais de si próprio.

Mecca *et al*<sup>36</sup> enfatizam que a saúde da sociedade depende em grande parte do estado psicológico com que as pessoas se colocam frente a um desafio. Desta forma, a autoestima e o autoconceito, bases da representação que o indivíduo tem de si, se colocam no campo da saúde pública, uma vez que envolvem o bem-estar individual e social.

#### 1.4 Formação e estruturação da imagem corporal

A estruturação da imagem corporal se dá paralelamente ao desenvolvimento da identidade do próprio corpo, assim como a diferenciação e estruturação referentes ao ego. Apesar de corresponder a um processo que ocorre durante toda a vida, a predominância ocorre em seus primeiros anos.<sup>8</sup> A figura mental que a criança tem do seu corpo é formada por sua experiência sensorial, motora e afetiva. O crescimento, desenvolvimento e experiência interpessoal determinam o conceito que a criança terá do seu próprio corpo. A imagem corporal é expressa através da interação da criança com o ambiente, expressão de valores, atitudes, sentimentos sobre si mesmo, sendo um importante indicador da organização da sua personalidade.<sup>21,56</sup>

Na infância, o que determina um desenvolvimento de imagem corporal saudável é um bom relacionamento com os pais e a aceitação da aparência da criança por parte deles.<sup>49</sup>

É na adolescência, contudo, que a comparação com o outro se torna fundamental. Nessa fase, seu autoconceito está relacionado com a aprovação e a valorização que tem por parte do outro. A cultura e os aspectos idealizados por ela também terão grande influência na formação da imagem corporal. Somente no início da fase adulta, há a internalização de um corpo inteiro, “eficiente na sua ação, dono de sua vontade”. No adulto jovem, o senso de identidade se consolida, porém a imagem social ainda permanece vinculada à imagem corporal. Uma imagem saudável do corpo requer estar dentro dos padrões culturais e ter a valorização do outro, principalmente do sexo oposto.<sup>21</sup> Com o evoluir da idade, o que passa a ter influência na autoimagem é o sucesso pessoal e a solidez, intimidade e cooperação nos relacionamentos.<sup>9</sup>



O desenvolvimento da imagem corporal, desde a infância até a vida adulta, é formado pelo reconhecimento corporal, percepção do movimento, contato com o outro e pela influência da sociedade e da cultura.<sup>56</sup>

A identidade constitui-se, dessa forma, uma referência dinâmica de fatores biológicos, culturais, afetivos e ambientais, vinculados ao processo de desenvolvimento da imagem corporal. A inadequação na estimulação corporal no início da vida pode comprometer o desenvolvimento satisfatório da imagem corporal. Situações adversas tais como doenças, amputações, traumas, deficiências neurológicas, modificações rápidas no crescimento, relações sociais e afetivas inapropriadas e situações de perda, entre outros, podem dificultar a vivência de experiências corporais positivas.<sup>21</sup>

Atualmente, a imagem corporal é tema de interesse de profissionais que atuam em diversas áreas. Ela se relaciona intimamente com temas em voga na área da saúde como: distúrbios alimentares, transtornos dismórficos corporais, dor, o uso de tatuagens e *piercings*, medicina estética, entre outros. Em todas as situações citadas existe determinante vinculação com o processo de organização, integração e desenvolvimento da identidade corporal.

Experiências adversas no desenvolvimento podem gerar impacto negativo na imagem corporal adulta e preocupações exageradas com a aparência, como observamos em alguns casos de crianças e adolescentes que sofreram com comentários sobre sua aparência física ou tiveram pais demasiadamente preocupados com os aspectos estéticos, podendo considerar sua aparência inadequada, mesmo na ausência de um defeito observável.<sup>31</sup>

### **1.5 Imagem corporal patológica**

Existem diferenças na estruturação da imagem corporal em função de características psicodinâmicas, todavia, a imagem corporal encontra-se alterada em alguns transtornos psíquicos ou neurológicos.

No âmbito neurológico, a imagem corporal pode encontrar-se distorcida em quadros como a Síndrome de Negligência ou no caso de distorções perceptivas produzidas por dor induzida ou anestesia. O estudo da imagem corporal nesses

transtornos ainda é muito escasso mas não será aprofundado por não ser relevante para os objetivos deste trabalho.

Nos transtornos psíquicos pode haver uma forma patológica de experimentar o próprio corpo. Alguns transtornos mentais são bem definidos e requerem avaliação e tratamento farmacoterápico adequados. Existem duas categorias de alterações da experiência corporal. No primeiro grupo, a alteração na imagem corporal é uma característica central da doença, o que ocorre no TDC, Anorexia e Bulimia Nervosa, Hipocondria, Delírios Somáticos, Transexualismo, Automutilação. O segundo grupo consiste em transtornos não primariamente focalizados na imagem corporal, mas que podem apresentar um comprometimento desta como sintoma associado, como a Depressão, Disfunção Sexual e Esquizofrenia.<sup>9</sup>

O indivíduo que apresenta um Transtorno Somatoforme (manifestação de sintomas físicos de origem exclusivamente psicogênica) fica exageradamente ligado a seu corpo pela falta de integração entre os domínios físico e psíquico, uma vez que a função simbólica fica fixada no corpo. Todos os Transtornos Somatoformes têm como característica uma diferença qualitativa de investimento de energia psíquica no corpo, que se encontra subinvestido ou superinvestido, provocando alterações na imagem corporal.<sup>9</sup>

Buscando um aprofundamento no estudo do TDC, tema pertinente e de importância ao objeto de estudo deste trabalho, a revisão da literatura sobre a imagem corporal patológica se restringirá, dentre todos os Transtornos Somatoformes, somente ao TDC.

### 1.5.1 Transtorno Dismórfico Corporal

Em muitos casos de busca por intervenção cirúrgica estética, não existe apenas uma insatisfação com a imagem corporal, mas uma condição psiquiátrica denominada transtorno dismórfico corporal. Embora este transtorno seja pouco reconhecido pelos cirurgiões plásticos, ele tem sido descrito há mais de um século e relatado em todo o mundo.<sup>11,44,55</sup> Trata-se de uma das mais comuns doenças psiquiátricas presentes nas clínicas de cirurgia plástica.<sup>12</sup>

A tentativa de se conceituar as manifestações patológicas relacionadas à aparência física tem uma longa história.<sup>41</sup> Dismorfofobia, termo original para o TDC, foi descrito, inicialmente, por Enrico Morselli em 1886 (Gênova) e fazia referência ao

medo da feiura.<sup>38,44</sup> Janet em 1903 (Paris) descreveu como *l'obsession de hontedu corps* (obsessão com vergonha do corpo), Kraepelin em 1909 (Munique) o denominou *dysmorphophobic syndrome*, e pesquisadores japoneses de *shubokyofu*.<sup>11</sup>

Do ponto de vista etimológico, o termo *dysmorphophobia* deriva do grego *dysmorphia*, que significa feiura, particularmente em relação à face. No entanto, o transtorno não é caracterizado simplesmente pelo medo de ter um defeito físico, como o sufixo "*phobia*" pode sugerir. Além do mais, os pacientes manifestam o que pode ser descrito como uma polarização da atenção, com custo emocional, cujo foco é uma parte específica do corpo. O sujeito desenvolve repulsa por essa parte do corpo que causa interferência em diferentes graus nas relações com os outros e no seu funcionamento social.<sup>11</sup>

O primeiro artigo em língua inglesa sobre dismorfofobia foi publicado somente em 1970, e a essência da desordem foi explicada não como medo de tornar-se feio, deformado, mas como uma convicção irracional de ter se tornado anormal, acompanhada do temor da reação das outras pessoas.<sup>22, 50</sup>

Apesar de haver sido descrito há mais de um século, o TDC não foi incluído, nos sistemas diagnósticos, até 1980<sup>41</sup>, quando passou a fazer parte da 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. Durante muito tempo, foi considerado sintoma de doenças psiquiátricas, tais como a esquizofrenia, transtornos de humor ou transtornos de personalidade.<sup>50</sup>

Adquiriu critérios diagnósticos somente em 1987, quando o sufixo "fobia" foi retirado e o transtorno passou a ser denominado TDC, sendo então, reconhecido como um distúrbio psiquiátrico distinto e incluído no *DMS, Fourth Edition*,<sup>3</sup> como *Body Dysmorphic Disorder* (Transtorno Dismórfico Corporal). O *DSM-IV-TR* e a Classificação Internacional de Doenças (CID10) eram considerados os principais sistemas de classificação da psiquiatria ocidental. Embora existissem estudos e descrições clínicas de dismorfofobia na Europa, desde a década de 70, o conceito não representava uma entidade nosológica, independente na CID-10, sendo incluído na categoria de hipocondria (F45.2), entretanto, esta classificação é controversa, pois muitos especialistas, atualmente, defendem que o TDC deveria ser considerado uma desordem do espectro obsessivo-compulsivo ou do espectro afetivo,<sup>6,44</sup> desta maneira, os autores procuraram conceituar e operacionalizar características clínicas

essenciais do TDC, na elaboração do *DSM-V*, sendo a partir de 2013 incluído na categoria de Transtorno Obsessivo Compulsivo e seus correlatos (F01).

O típico paciente com TDC não procura um psicoterapeuta ou um psiquiatra, mas um cirurgião plástico, justamente pela crença patológica que o defeito físico é seu real problema.<sup>11</sup> O grupo de pacientes “convencionais” para cirurgias estéticas costuma apresentar transtornos da personalidade, mas há que ser feita a distinção entre aqueles cujas queixas não estão relacionadas a tais transtornos e se baseiam na realidade.<sup>12</sup> Entre os pacientes que apresentam transtornos de personalidade estão aqueles com TDC.<sup>55</sup>

A principal característica do TDC é: ” Preocupação com um defeito imaginário na aparência. Se uma discreta anormalidade está presente, a preocupação da pessoa é desproporcionalmente excessiva”.<sup>11</sup>

Diferente de uma preocupação normal com a aparência, no TDC esta ocupa todo o tempo do indivíduo e causa uma tristeza significativa ou embaraços em situações sociais.<sup>41,44,50</sup>

Os critérios de diagnóstico para o TDC listados no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*<sup>3</sup> são os seguintes: A) atenção excessiva a um defeito imaginário ou mínimo; B) esta preocupação pode causar grande tristeza ou prejudicar o desempenho no trabalho ou nas atividades sociais; C) esta preocupação não é devida à presença de outra desordem psiquiátrica.

Os pacientes com TDC podem, teoricamente, ficar angustiados com qualquer aspecto de sua aparência física, embora tenham aparência normal. Alguns pacientes relatam queixas vagas quanto à feiura, deformidades ou aparência estranha e não podem localizar ou especificar a natureza do defeito.<sup>11,41,43,44</sup> Em contraste, outros apontam suas queixas para características físicas ou pequenos defeitos como nariz grande, boca torta, lábios finos ou grossos, cabelo fino, sobrancelha torta ou muito grossa ou muito fina, acne e cicatrizes.<sup>11</sup>

Enquanto os pacientes homens focam suas angústias para os genitais, altura, músculos ou excesso de pelos corporais, as mulheres estão preocupadas principalmente com suas faces, mamas, quadris e pernas.<sup>11,41</sup>

Pacientes com transtorno dismórfico corporal geralmente apresentam uma linguagem negativa em relação à sua aparência. Diferente da autopercepção normal sobre a aparência física, o TDC envolve uma preocupação que consome o tempo, causa sofrimento e incapacidade ocupacional e social.<sup>45,46,52,62,63</sup> Embora isso possa

ocorrer a qualquer momento do dia, a preocupação com a aparência é especialmente mais intensa em situações sociais, nas quais o portador de TDC se sente desconfortável e espera, a qualquer momento, ser avaliado por outra pessoa.<sup>12, 25,62</sup>

A maioria dos pacientes com TDC sofre de desilusão de referência, isto é, eles pensam que outras pessoas podem prestar atenção especial ao seu suposto “defeito” e fazer algum tipo de comentário depreciativo ou debochado.<sup>45,46,52,62</sup> Essa desilusão de referência leva a um estado de atenção que faz o paciente se sentir ansioso, embaraçado e muito envergonhado porque ele ou ela acredita que o “defeito” revelará alguma imperfeição pessoal. Esta preocupação pode ser exagerada, a ponto do paciente não somente se sentir embaraçado com a sua suposta feiura, mas também ficar preocupado em causar repulsa e ofensa aos outros.<sup>43</sup>

Alguns portadores do transtorno mostram-se agressivos quando são impedidos de realizar seus comportamentos ou em situações estressantes.<sup>50</sup> A ideia de suicídio pode ser encontrada entre 55 a 71% dos pacientes e eles podem, eventualmente, se tornar suicidas nos casos de gravidade extrema.<sup>25,45,52,54,63</sup> Cerca de 24 a 28 % dos pacientes portadores de TDC já tentaram suicídio, taxa mais alta que outras desordens mentais.<sup>44,45,46,52</sup>

Embora os comportamentos compulsivos não estejam incluídos nos critérios diagnósticos de TDC, que foram listados anteriormente, quase todos os portadores da desordem apresentam um ou mais comportamento repetitivo, compulsivo e/ou demorado.<sup>45,46</sup> O objetivo de tais comportamentos é verificar, melhorar ou esconder o “defeito”.<sup>62</sup> A autoconsciência disfuncional sobre o corpo faz com que a pessoa perca muito tempo em frente a espelhos e outras superfícies refletoras, tais como para-choques de automóveis e partes posteriores de colheres, contemplando sua imagem, focalizando principalmente no “defeito” que acredita ter.<sup>11,50,52,62</sup>

Vários tipos de comportamento para examinar o corpo, além de conferir o “defeito” no espelho são comuns, tais como lavar e escovar os cabelos repetidamente por horas ao longo do dia, comparar sua aparência com a de outras pessoas e perguntar repetidamente a outras pessoas sobre a aparência do seu “defeito” para se tranquilizar. Como na compulsão, estes comportamentos são difíceis de resistir e, em alguns casos extremos, podem resultar em gasto de muitas horas ao longo do dia.<sup>12,25, 46,52,62</sup>

Muitos pacientes com TDC empenham-se em evitar atividades sociais por acreditarem que as pessoas prestam atenção no seu “defeito”.<sup>62</sup> Uma pequena parte se afasta do convívio social e se torna reclusa em casa, saindo somente à noite, quando necessário, para evitar a exposição pública.<sup>11,25 41,50</sup>

A maior parte dos pacientes, entretanto, é capaz de exercer, no mínimo, uma limitada vida social e profissional, usando artifícios para evitar uma total exposição de sua aparência durante uma aparição em público, seja através do uso de roupas, maquiagem, óculos escuros, penteados, ou modificando a postura corporal ou os movimentos no intuito de esconder o “defeito”.<sup>41,43,52</sup> A camuflagem com roupas ou movimentos é um clássico comportamento compensatório em pessoas com deformidades reais ou exageradas.<sup>50,62</sup>

Alguns comportamentos, tais como a manipulação da pele ou dos cabelos, parecem ser importantes no TDC.<sup>50</sup> Esses comportamentos são complexos e tornam-se patológicos (escoriações patológicas ou tricotilomania) dependendo do seu foco, da duração e da extensão dos problemas resultantes. Algumas vezes, para evitar parecer pálido, alguns pacientes bronzeiam-se em excesso, a ponto de queimar severamente sua pele.<sup>11,52</sup> Embora esses comportamentos sejam considerados “auto injúria”, os pacientes com TDC não têm a intenção de se machucar. Seu desejo é tentar melhorar a aparência da pele.<sup>11,44,52</sup>

Vale ressaltar que em muitos casos, onde os portadores de TDC buscam nas outras pessoas palavras tranquilizadoras em relação à sua aparência física,<sup>43</sup> existe o risco deste comportamento, quando alcança uma frequência elevada, criar conflitos no relacionamento conjugal e familiar por gerar uma demanda grande em cima daqueles que estão à sua volta (mais de 70% dos pacientes nunca se casaram).<sup>12,25,50</sup>

Outro aspecto bastante importante do TDC é que por acreditarem que melhorando seu aspecto físico melhorarão sua autoestima, estes indivíduos se engajam em iniciativas como tratamentos de beleza para a pele ou para o cabelo, redução de peso, tratamento dentário e cirurgia cosmética.<sup>25,41,46,52,62</sup> Esta última apresenta uma ressalva: como em alguns casos a anomalia realmente não existe, mesmo com as cirurgias, os pacientes continuam insatisfeitos com sua aparência. Não é rara uma peregrinação do portador de TDC por diversos profissionais, principalmente os cirurgiões plásticos, que, no entanto, não conseguem corrigir os supostos defeitos.<sup>54</sup>

O conhecimento das causas do transtorno dismórfico corporal contribui para o seu entendimento, diagnóstico e para diferenciá-lo de outras desordens mentais. Dos indivíduos com o TDC, 8% tem algum membro da família com esse diagnóstico durante a vida, o que representa de quatro a oito vezes a prevalência na população geral.<sup>6</sup> O TDC compartilha a hereditariedade com o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC),<sup>52</sup> como mostrou um estudo familiar, realizado por Feusner et al,<sup>19</sup> no qual 7% dos pacientes com o TDC tinham algum familiar de primeiro grau com TOC.

O início é gradual e os pacientes, a princípio, podem apresentar preocupações aceitáveis com a aparência. De modo súbito, a crise inicial pode ser precipitada por algum fato traumático como, por exemplo, uma mudança de residência para longe que acarrete uma alteração na vida social ou o término de um relacionamento afetivo.<sup>19,25,43,62</sup>

As remissões espontâneas são raras. A melhora pode decorrer de tratamento psicoterápico, ao contrário das intervenções cirúrgicas que frequentemente exacerbam os sintomas.<sup>11,25,63</sup> O seu curso é crônico e a sua gravidade é variável.<sup>43,44,45</sup> Possui uma alta associação com outros transtornos psiquiátricos, principalmente transtornos de humor, ansiedade e personalidade. Estima-se que 1 a 3 % da população geral sofra de TDC.<sup>11,25</sup> No cenário da cirurgia plástica esta desordem apresenta-se com prevalência acima da população geral, sendo diagnosticada em 7 a 15 % dos pacientes que procuram cirurgia.<sup>12,14,54,55</sup>

O TDC, em geral, é uma doença que tem origem na adolescência, época em que o indivíduo está mais preocupado com a autoimagem e com a vida social, embora existam relatos da sua ocorrência na infância.<sup>25,43,52</sup> A idade média de início é aos 17 anos, porém, os pacientes podem sofrer por até onze anos antes de procurarem tratamento específico.<sup>41,52,63</sup> Pode ocorrer um segundo pico de incidência, somente em mulheres, durante a menopausa.<sup>41,43</sup>

Embora não seja definitivo, parece não haver diferença entre os sexos.<sup>12</sup> Alguns estudos mostraram maior frequência nas mulheres,<sup>12,63</sup> outros em homens<sup>11,34</sup> no entanto, homens e mulheres apresentam similaridades quanto à maior parte dos aspectos clínicos e demográficos.<sup>2,42,46,63</sup>

O mais recomendado é não operar o paciente com TDC.<sup>54</sup> A cirurgia cosmética para a melhora da imagem corporal, neste caso, está fadada ao fracasso porque não existe uma deformidade real e a cirurgia não pode curar preocupações

que sempre mudam com a aparência.<sup>11,55</sup> O resultado é quase sempre pouco produtivo<sup>25</sup> e gera insatisfação no paciente, que pode levar a sentimento de revolta e até mesmo violência contra o cirurgião.<sup>12</sup> Em mais de 80% dos casos, a situação psicológica do sujeito se desestabilizará com a cirurgia ou ele encontrará novos defeitos.<sup>25</sup>

Existem três grupos de indivíduos que buscam tratamentos cirúrgicos estéticos. O primeiro grupo inclui pacientes sem deformidades e com expectativas irreais. Tais sujeitos são reconhecidos facilmente e o diagnóstico de TDC deve ser considerado. Nestes casos, o paciente deve ser orientado no sentido de fazê-lo compreender que fatores emocionais podem estar interferindo no olhar para seu próprio corpo e serem a causa de sua insatisfação e sofrimento. Esta compreensão é necessária para motivá-lo a aceitar a ajuda de um profissional de saúde mental.<sup>62</sup>

O grupo oposto consiste de indivíduos com deformidades corrigíveis e com expectativas realistas e também identificados claramente. A correção cirúrgica, nestes casos, pode ser oferecida.

A dificuldade maior é lidar com grupo intermediário de pacientes que são portadores de deformidades mínimas e corrigíveis, porém, com comportamento e expectativas inadequados.<sup>12</sup> Nestes indivíduos, sentimentos como excessiva tristeza e preocupação com a aparência física não indicam, necessariamente, alterações patológicas de comportamento. Estes sintomas são inerentemente subjetivos e podem interferir com o diagnóstico de TDC. Estes pacientes podem ser portadores de características subclínicas do TDC que mascaram o diagnóstico do transtorno.<sup>2,11,41,48,50</sup> Eles são verdadeiros desafios sob o ponto de vista cirúrgico. O cirurgião plástico tem que decidir a indicação da cirurgia e deverá ser extremamente crítico quando aceitar operá-lo. Tais candidatos ao procedimento estético precisam ter esta indicação reavaliada, obrigatoriamente, pelo menos uma vez no período pré-cirúrgico.

Uma segunda consulta é aconselhável, quando então, o cirurgião poderá considerar a correção cirúrgica solicitada se o indivíduo apresentar um comportamento adequado nesta segunda avaliação clínica. É recomendável que tais pacientes recebam intenso suporte psicológico, caso a cirurgia aconteça.<sup>62</sup>

Embora os resultados de muitas cirurgias estéticas possam trazer uma melhora na autoestima pela correção de algum aspecto físico indesejável, elas não solucionam problemas emocionais, menos ainda defeitos imaginários concernentes



a um transtorno de ordem psiquiátrica. O reconhecimento do transtorno é de extrema importância, não apenas para evitar cirurgias desnecessárias e insatisfatórias que são contraindicadas para os pacientes, mas para possibilitar o planejamento de uma estratégia de tratamento com maior potencial de sucesso. Pode ser utilizada a farmacoterapia com antidepressivos que alivia os sintomas de ansiedade, ataques de pânico, comportamento obsessivo compulsivo e desordens alimentares.<sup>11,41,46,52,62</sup>

De uma maneira geral, os sintomas psicológicos e a autoestima apresentam alguma recuperação com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).<sup>11,25,45,46,62</sup> Neste tipo de tratamento, é dada uma nova forma ao TDC através de mudanças de pensamento acerca de sua aparência física. O paciente é desestimulado a buscar defeitos no próprio corpo e incentivado a diminuir a importância das características físicas.<sup>50,52</sup> Com isso, estará lidando diretamente com os pensamentos distorcidos, com os erros cognitivos e também elaborando os comportamentos inapropriados, substituindo-os por outros mais adequados.<sup>46,50,52,62,63</sup>

Outros tipos de terapia psicológica podem ser utilizados, como, por exemplo, a psicanálise, dependendo do grau do comprometimento psicológico do paciente com TDC e as limitações sociais e relacionais que provocam em seus portadores. Deve-se levar em conta também a própria escolha do paciente pela linha de tratamento em saúde mental e a disponibilidade de profissionais preparados para receber este tipo de demanda.

## **1.6 Cirurgia plástica na adolescência**

A adolescência é uma fase da vida humana caracterizada por inúmeras transformações que se processam tanto no aspecto orgânico como na esfera psicossocial.<sup>28</sup> A grande maioria dos adolescentes passa por experiências evolutivas que incluem a aceitação de seu corpo e seu correspondente gênero masculino ou feminino, estabelecimento de novas amizades com pessoas da mesma idade e de ambos os sexos e a inserção e aceitação no seu grupo de jovens.<sup>5,60</sup> Nessa fase, ocorrem grandes transformações biológicas, emocionais e sociais verificadas na segunda década da vida, quando o indivíduo passa a adotar comportamentos e práticas diferenciados, caracterizados principalmente pela autonomia e maior exposição às situações do cotidiano.<sup>26,60</sup> Representa a fase de maior velocidade de

crescimento na vida extrauterina, implicando alterações no tamanho, na aparência e na satisfação corporal.<sup>60</sup>

Embora a identidade de um indivíduo seja estruturada ao longo da vida, é durante a adolescência que diversas características, como sexualidade, crenças, desejos e objetivos de vida se exteriorizam mais intensamente. A maneira como o adolescente percebe seu corpo é condição fundamental na formação de sua identidade.<sup>15,60</sup>

A satisfação corporal traduz-se como o componente afetivo da imagem corporal que permite o adequado desempenho emocional e social do indivíduo perante a sociedade. Satisfação corporal e auto percepção são fatores primordiais na auto aceitação das pessoas e podem gerar atitudes que interferem no seu convívio social.<sup>34,36,51,61</sup> Por outro lado, a insatisfação com o corpo acarreta sentimentos e pensamentos negativos quanto à aparência, influenciando o bem-estar emocional e a qualidade de vida.<sup>9</sup>

O mundo social contemporâneo nitidamente discrimina os indivíduos não atraentes. O adolescente, sujeito às influências de família, amigos, grupos de pares e da mídia, tende a imitar comportamentos que certamente influenciarão no desenvolvimento de sua imagem corporal.<sup>39</sup>

O entendimento da imagem corporal no paciente adolescente é essencial, pois a puberdade é uma fase do desenvolvimento humano onde a representação mental do corpo sofre grandes mudanças. As transformações físicas que ocorrem aumentam a valorização pelo adolescente da opinião dos seus pares. O rápido desenvolvimento da nova imagem corporal durante os anos da adolescência pode ser usado como um argumento a favor e ao mesmo tempo contra a cirurgia plástica nestes indivíduos.<sup>15,30</sup>

Uma característica marcante da adolescência atual é a insatisfação com o próprio corpo.<sup>28</sup> Não bastasse a influência de pais e amigos, a sociedade transformou o corpo em objeto de manipulação e de desejos, valorizando a magreza entre as mulheres e a força entre os homens.<sup>7</sup> Tal insatisfação leva o adolescente a adotar posturas diversas, principalmente as dietas restritivas para emagrecimento<sup>39</sup> (tornando-o suscetível a graves distúrbios nutricionais, como anorexia nervosa e bulimia nervosa) e práticas exageradas de atividade física e consumo de anabolizantes, que podem predispor aos transtornos dismórficos corporais.<sup>24</sup>

Como as normas sociais valorizam a associação entre corpo magro e atributos positivos, os jovens estão sendo estimulados a mudar o tamanho e a forma corporal, com a finalidade de melhorar a aparência física e diminuir o descontentamento com o corpo.<sup>47</sup>

Em decorrência dessa mudança de percepção corporal, observam-se alterações comportamentais entre os adolescentes, como restrição ao uso de alguns tipos de roupas e frequência a locais onde possam exibir o corpo, indução à prática exagerada de exercícios físicos, modificações no consumo de alimentos e dietas restritivas, indução de vômitos e consumo de álcool e cigarros.<sup>18,56</sup>

A mídia pode ser considerada como um dos mais importantes fatores envolvidos na construção da identidade dos adolescentes, pois produz modelos de vida, de consumo e de comportamento, divulga conhecimentos e debate temas que certamente influenciam a vida de todos.<sup>18</sup> A busca da imagem corporal é um dos fenômenos mais impressionantes na sociedade atual, que acarreta custos elevados e riscos à saúde, visto que os modelos de referência, quase inatingíveis, distantes da realidade da maioria das pessoas, geram estresse, ansiedade e insatisfação com o corpo.<sup>1,12</sup>

Um grande mercado de academias de ginástica e clubes desportivos, de medicamentos e produtos de beleza, de dietas e inovações terapêuticas, além daquele constituído a partir das intervenções cirúrgicas, tem-se expandido continuamente e alcançado um público cada vez mais jovem.<sup>18,56,59</sup> A cosmética ganha cada vez mais espaço na vida atual. Dieta e prazer, que eram incompatíveis no passado, fazem parte agora da mesma estratégia. As calorias devem ser contadas e reguladas, os produtos supostamente naturais são cultuados, as quantidades de vitaminas e proteínas minuciosamente analisadas e ingeridas na medida ideal.<sup>32</sup>

Atualmente, o corpo é associado à ideia de consumo. Quanto mais o corpo mantiver a aparência da juventude, da beleza e da boa forma, mais alto é seu valor de troca, tornando as pessoas escravas de um ideal narcísico rígido e severo.<sup>31,54,59</sup>

#### 1.6.1 Considerações sobre os principais procedimentos estéticos na adolescência

O Brasil é o segundo País do mundo em número de cirurgias plásticas – fica atrás apenas dos Estados Unidos.<sup>10</sup> A lipoaspiração é a cirurgia mais realizada

(foram 211 mil procedimentos só em 2011), seguida do implante de silicone nas mamas. A regra vale tanto para adultos quanto para adolescentes. Nos meninos, os procedimentos mais procurados são a correção cirúrgica da ginecomastia (redução das mamas que crescem demais) e a cirurgia para corrigir a orelha de abano.<sup>57</sup>

A razão fundamental da cirurgia plástica é alterar a imagem corporal do paciente e, conseqüentemente, melhorar a sua qualidade de vida. É importante que a cirurgia plástica seja feita por ocasião de um dos estágios do desenvolvimento da imagem corporal.<sup>28</sup> Primeiro, a cirurgia plástica é feita na criança com um defeito congênito ou deformidade física, que pode causar rejeição precoce, até mesmo em situações de pequenas proporções. O segundo período, quando a criança entra na escola, é o momento adequado para a correção de orelhas de abano, sindactilia, e outros problemas que podem chamar a atenção e despertar a crítica dos pares da criança. O início da adolescência é o momento para a correção das características não atraentes, recém desenvolvidas.<sup>35</sup>

Entre as características psicológicas da chamada síndrome normal da adolescência, encontramos a atemporalidade, configurada pelo imediatismo de ações e um imaginário exageradamente fantasioso, características essas que podem ser erroneamente manuseadas pelos diversos profissionais que lidam com essa faixa etária. Muitas vezes, decisões impulsivas e impensadas de correções estéticas podem induzir a sérios problemas psicológicos futuros, fundamentalmente, por não terem atingido suas expectativas imaginárias.<sup>5</sup>

O foco na adolescência nos coloca diretamente no período de desenvolvimento, quando ocorre a maior preocupação sobre tornar-se atraente, competente, e aceitável para as outras pessoas.<sup>32,56</sup> Por esta razão, talvez não seja surpresa que os procedimentos invasivos para melhorar a aparência, quando permitido pelos pais, são marcadamente livres de estresse e sequelas emocionais.<sup>28</sup>

A deformidade, a maturidade física e emocional e o resultado desejado para cada paciente adolescente devem ser cuidadosamente discutidos antes que qualquer decisão seja tomada.<sup>30,35</sup> Consultas adicionais e longas discussões e esclarecimentos antes da cirurgia plástica frequentemente são aconselháveis. As cirurgias devem ser discutidas pelo clínico e pelo cirurgião plástico, com o objetivo de se atingir um julgamento cirúrgico adequado, devendo ser valorizados aspectos como idade ideal para correção, inserção social, estabilidade emocional, autoestima, autoimagem e hígidez física.<sup>5,35</sup>

Embora os pais tenham responsabilidade legal sobre os adolescentes, o ímpeto para a cirurgia precisa partir do paciente. Na cirurgia plástica estética, deve ser o paciente quem está incomodado com o problema e procurando uma solução, e não os pais.<sup>30</sup>

As cirurgias plásticas estéticas mais comumente solicitadas pelos adolescentes e os fatores mais importantes para cada uma serão a seguir discutidos:

#### 1.6.1.1 Rinoplastia

Existe um aparente consenso em torno da rinoplastia no adolescente. Pais e adolescentes parecem concordar, quase sem discussão, que a operação é desejável. Este assunto se sobressai como uma área de concordância tácita entre pais e adolescentes quando quase todos os outros assuntos se tornaram foco de intensa batalha. Para os mais jovens, a rinoplastia é vista como um presente que não necessitou de nenhum esforço decorrente de boas notas nas provas, lições após a aula ou de dietas que resultará em uma transformação mágica, quando o patinho feio vira um cisne ou o sapo um príncipe, metamorfoses que também são sem esforços.<sup>35</sup>

A rinoplastia está entre os mais requisitados procedimentos cirúrgicos pelos adolescentes, e se feito cedo, pode evitar anos de stress emocional. Para um adolescente que tem preocupação com a aparência, um nariz largo ou deformado no centro da face pode despertar muita atenção. A rinoplastia pode ser realizada quando o nariz alcança o seu crescimento, o que ocorre entre 13 e 14 anos nas meninas e em torno de um ano mais tarde para os meninos.<sup>30,58</sup>

Os pacientes candidatos à rinoplastia são aqueles com narizes com gibas, desvios, muito grande ou muito pequenos, ou com um ângulo pobre entre o lábio superior e o nariz.<sup>35</sup> Quando um nariz inestético é transformado e refinado com a cirurgia plástica, pode ocorrer também uma transformação na confiança, atitude e comportamento do adolescente.<sup>35,30</sup> Para uma cirurgia nasal na adolescência, deve-se avaliar o propósito do paciente para o procedimento e certificar se ele tem expectativas realistas. Promover as características positivas e subtrair as negativas são objetivos aceitáveis, tentar imitar o nariz de uma pessoa famosa não é.<sup>35,30</sup> Um negro ou asiático que “pede” um nariz caucasiano não é um bom candidato, nem

aqueles com pequenas imperfeições, pois eles têm expectativas irreais. Devemos, também, levar em consideração o ajuste social e emocional do paciente, assegurando que a vontade de realizar a cirurgia é do adolescente, e não dos pais.

O paciente adolescente apresenta uma rápida reorganização da sua autoimagem após a rinoplastia.<sup>28</sup> Em algumas semanas, eles não se lembram mais de como se aparentavam antes da cirurgia e expressam surpresa quando veem suas fotografias pré-operatórias. Em muitos casos, a preocupação pré-operatória com o nariz desaparece e os pacientes, em geral, são mais agradáveis e prazerosos do que os pacientes mais velhos que se submetem à mesma cirurgia. Sentimentos de inferioridade podem ser substituídos por autoconfiança, e a ansiedade e insegurança em situações sociais tendem a diminuir.<sup>35</sup>

#### 1.6.1.2 Redução / Aumento das mamas femininas

A mamoplastia redutora é indicada a pacientes que apresentem sintomatologia importante, como dor nas costas e problemas posturais, além de preocupações cosméticas e disfunções emocionais.<sup>53</sup>

Algumas adolescentes sofrem com o tamanho exagerado das mamas que pode resultar em dor pelo peso, formato desajeitado, sulco nos ombros e angústia social.<sup>35,30</sup> Uma redução mamária apropriada na adolescência pode resultar em uma prazerosa transformação.

Fazer uma adolescente esperar até seu corpo se desenvolver, para se submeter a uma mamoplastia redutora, pode ser brutal. A cirurgia precoce, entretanto, traz o risco de um posterior crescimento mamário, além da paciente se arrepende, quando adulta, sobre o tamanho das mamas.<sup>30</sup> Como regra geral, a operação não é indicada para mulheres jovens que ainda não atingiram a maturidade sexual.<sup>5</sup>

O crescimento das mamas da menina na puberdade é avaliada pelos *estágios de maturação sexual* ou *estágios de Tanner*. A idade específica para o desenvolvimento “normal” das mamas varia muito de pessoa para pessoa e inúmeros fatores influenciam o seu desenvolvimento, incluindo o IMC, etnia, estado nutricional e condições médicas coexistentes.<sup>28</sup>

Diante do exposto, concluímos que na adolescência, a idade cronológica deixa de ser um parâmetro seguro para a caracterização biopsicossocial de uma

determinada pessoa. Adolescentes de mesma idade frequentemente estão em fases distintas da puberdade, pois esta tem início e ritmo de progressão muito variáveis entre eles. Supõe-se, geralmente, que o desenvolvimento da mama feminina esteja completo em torno dos 16 anos de idade. Em geral isso acontece três a quatro anos depois da primeira menstruação, e em média, o procedimento cirúrgico estaria liberado por essa época.<sup>10,28</sup>

O aumento mamário (colocação de próteses de mamas) deve ser considerado em três situações: melhorar a imagem corporal, prejudicada pelos seios pequenos; equilibrar diferenças no tamanho dos seios; corrigir uma redução do volume mamário após gravidez.<sup>10</sup> Como na mamoplastia redutora, a colocação de prótese mamária não é indicada para mulheres jovens que ainda não atingiram a maturidade sexual.<sup>35</sup>

#### 1.6.1.3 Ginecomastia

A ginecomastia, ou mamas de aspecto feminino, é um achado frequente e particularmente estressante para os adolescentes do sexo masculino.<sup>30,57,58</sup>

As mamas protuberantes podem levar a zombaria, esquivas sociais e distúrbios de comportamento. Causa grande constrangimento aos meninos, principalmente por estar ligada a tabus que precisam ser desmistificados (masturbação). Embora a ginecomastia possa ocorrer em qualquer idade, os adolescentes são particularmente susceptíveis durante suas mudanças hormonais (atinge cerca de 50% dos adolescentes), sendo a idade média de surgimento 13 anos, com maior prevalência aos 14.<sup>5,30,35</sup>

A ginecomastia, na maioria dos casos, é fisiológica e regride em um a dois anos, devendo ser excluído o uso de medicamentos e de drogas como anabolizantes, maconha, heroína e outros. Somente 4% dos adolescentes persistem com ginecomastia na vida adulta. Em adolescentes obesos ou com sobrepeso devemos estimular a prática de exercícios e dieta adequada, visando corrigir a lipomastia (acúmulo de gordura nas mamas), que muitas vezes é confundida com ginecomastia.<sup>28</sup> Aquelas que não regredem em dois anos necessitam de abordagem cirúrgica.

Muitos adolescentes têm problemas em estabilizar a ginecomastia; alguns possuem mamas que continuam a crescer. O problema afeta cada pessoa

diferentemente; uma significativa deformidade pode ser sutil ou monumental, dependendo dos olhos do paciente. Basta a presença de pouco tecido mamário para deixar os mamilos e as aréolas proeminentes, de forma a se projetarem através da roupa ou causarem alterações do contorno do tórax.<sup>30</sup>

Forçar um menino de 13 anos a ir para academia ou jogar futebol sem camisa pode ser cruel.<sup>30</sup> O cirurgião deve pesar se realiza a cirurgia precocemente e corre o risco de posterior crescimento das mamas ou retarda a cirurgia e lida com os problemas emocionais decorrentes das mamas grandes. Deve ser considerada a possibilidade de ser necessária uma cirurgia secundária após um crescimento posterior.<sup>30,35</sup>

A ginecomastia assimétrica ou unilateral é frequente, mas devemos estar atentos à possibilidade de malignidade quando encontramos uma massa unilateral e firmemente aderida ao tecido mamário.<sup>5</sup>

#### 1.6.1.4 Lipoaspiração

A industrialização e o acesso fácil à informação mudaram os hábitos e costumes da civilização moderna que, associados a erros alimentares e vida sedentária, criaram uma epidemia mundial de obesidade.<sup>18,32,49</sup> Os adolescentes obesos são discriminados socialmente, fato que contribui para um sentimento de inferioridade em um período da vida no qual se valorizam a autoestima e autoimagem para sua inserção grupal.<sup>7,32,39,49</sup>

A lipoaspiração só deve ser indicada a pacientes que esgotaram todos os meios de correção ponderal, como exercícios, reeducação alimentar e apoio psicológico. A idade ideal para a cirurgia nos adolescentes não é uma questão crucial, devendo ocorrer, preferencialmente, após o término do estirão do crescimento em pacientes fisicamente saudáveis e estáveis psicologicamente. O julgamento cirúrgico deve incluir as expectativas dos adolescentes em relação aos resultados finais, com ênfase na prevenção de recorrências do aumento de peso com a combinação de exercícios físicos e bons hábitos alimentares.<sup>5</sup>



### 1.6.1. 5 Otoplastia

A cirurgia de orelhas é responsável por grande parte das cirurgias realizadas antes dos 18 anos.<sup>5,57,58</sup> As orelhas projetadas para frente podem causar aborrecimentos para crianças e adolescentes.<sup>28</sup> Alguns não querem ou não podem deixar seus cabelos longos para disfarçar. A otoplastia é uma opção para trazer as orelhas prostradas para mais próximo da cabeça, equilibrar os elementos da orelha, ou reconstruir os componentes deformados.<sup>5,30</sup>

A orelha alcança o tamanho próximo ao do adulto em torno dos cinco anos de idade. A cartilagem das crianças é mais macia, diminuindo um risco potencial de distorção, resultando em uma vantagem para a cirurgia plástica precoce.<sup>30</sup>

As deformidades externas das orelhas são mais bem tratadas antes da criança começar a interagir socialmente, pois as orelhas em abano são deformidades frequentemente objetos de zombaria. A cirurgia é geralmente feita após os seis – oito anos de idade, quando a criança está mais atenta às gozações dos seus pares.<sup>5</sup> Os objetivos da cirurgia são orelhas simétricas, com uma anti-hélice suave e regular.<sup>30</sup>

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo principal**

Elaborar guia orientador com diretrizes para suspeição do transtorno dismórfico corporal em adolescentes e adultos jovens que buscam tratamento cirúrgico estético.

### **2.2 Objetivos secundários**

- 1) Identificar os principais motivos de busca por cirurgia plástica estética na faixa etária adolescente e adultos jovens;
- 2) Verificar se a procura de adolescentes e adultos jovens por cirurgias plásticas estéticas é determinada por transtornos de imagem corporal;
- 3) Avaliar a influência da cirurgia plástica estética na autoestima dos adolescentes e adultos jovens que buscaram mudanças nas suas aparências;
- 4) Conhecer a percepção de adolescentes candidatos e não candidatos à cirurgia plástica estética sobre os padrões atuais de beleza física e a influência deles em suas vidas ;
- 5) Investigar e compreender as principais influências sobre a imagem corporal a que os adolescentes e adultos jovens estão submetidos na sociedade contemporânea.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 Características do estudo

Para adequação aos objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido em duas etapas, uma quantitativa, por meio de estudo de coorte, com característica longitudinal prospectivo e outra, qualitativa, por meio de grupos focais.

Iniciaremos descrevendo a metodologia quantitativa:

#### 3.2 Etapa Quantitativa

##### 3.2.1 Sujeitos da pesquisa

A amostra estudada originou-se dos pacientes adolescentes e adultos jovens recrutados, por ordem de chegada, no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, Brasil, entre janeiro de 2012 e abril de 2013.

##### 3.2.2 Critérios de inclusão

Os pacientes convidados para participar do estudo foram aqueles com idade entre 13 e 25 anos, de ambos os sexos, com escolaridade mínima equivalente ao ensino fundamental, cujas cirurgias eram procuradas exclusivamente por razões estéticas. Pacientes que decidiram se submeter a mamoplastia de aumento, otoplastia, rinoplastia, correção de ginecomastia, colocação de prótese glútea, colocação de prótese de peitoral, ninfoplastia, abdominoplastia, peeling mecânico e colocação de prótese de panturrilha foram incluídos no estudo. As pacientes de redução mamária também foram incluídas, uma vez que a este tipo de cirurgia tem sido atribuída, pelo menos em parte, motivação cosmética.<sup>35,53</sup> Os pacientes foram recrutados durante a consulta inicial no ambulatório, a qual geralmente ocorria algumas semanas antes da cirurgia.

### 3.2.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra mulheres grávidas e indivíduos que apresentassem, pela direta observação dos pesquisadores, graves deficiências físicas, por conta de suas possíveis interferências no nível de satisfação com a imagem corporal. Também foram excluídos pacientes fora da faixa etária estabelecida e aqueles submetidos à cirurgia plástica reparadora.

### 3.2.4 Instrumentos

Foram aplicados dois questionários validados, um para aferir a autoestima e outro para triagem de transtorno dismórfico corporal, a Escala de Autoestima de Rosenberg<sup>16</sup> e versão brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE),<sup>17</sup> respectivamente, em dois momentos, na véspera da cirurgia e após o terceiro mês de pós-operatório. O período de três meses foi determinado considerando-se as condições físicas necessárias para avaliação de resultado, e psicológicas relacionadas ao processo pós-operatório e retomada de suas atividades. O preenchimento do segundo questionário foi agendado previamente na primeira entrevista e seguiu os mesmos padrões do primeiro.

Foi inicialmente utilizado um roteiro semi-estruturado de entrevista (APÊNDICE A) para levantamento de dados demográficos (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e perguntas referentes a questões de saúde). O primeiro questionário abordou, também, os dados sobre a cirurgia a ser realizada, procedimentos estéticos prévios e hábitos de beleza.

#### 3.2.4.1 Investigação da insatisfação com a aparência física (BDDE)

No dia da internação para o procedimento cirúrgico e no terceiro mês de pós-operatório, foi aplicado, a cada um dos pacientes, o questionário específico da versão brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (ANEXO A), validado na versão entrevista.<sup>48</sup> O *BDDE* é uma entrevista clínica semiestruturada, designada para a triagem do Transtorno Dismórfico Corporal e para medir a gravidade dos sintomas negativos da imagem corporal,<sup>17</sup> ou seja, é uma ferramenta que auxilia o diagnóstico de TDC, mas não é um instrumento de diagnóstico.<sup>48</sup> Este questionário é

composto por 34 questões, numa escala de zero a seis, sendo que o zero indica a ausência do fenômeno, nos trinta dias anteriores, entretanto, na existência do fenômeno, os escores de um a seis representam a frequência (número de dias presente) e a intensidade (baixa ou extrema).

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

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

O *BDDE* foi desenvolvido de acordo com os três critérios diagnósticos (A, B, C) do TDC, segundo o *DSM-IV-TR*<sup>TM3</sup> (Quadro 1).

Quadro1 - Critérios Diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), segundo o *DSM-IV-TR*<sup>TM</sup>

A	Preocupação com um defeito imaginário na aparência. Se uma ligeira anomalia está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.
B	Preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes do indivíduo.
C	Preocupação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., insatisfação com a forma e o tamanho do corpo na anorexia nervosa).

O critério A foi avaliado no *BDDE* nas questões 2, 9, 10 ou 11, 18 e 19. O defeito físico observável foi avaliado na questão 2. A preocupação com o problema da aparência na questão 9. A preocupação com a aparência em situações públicas ou sociais foi verificada nas questões 10 ou 11. A importância do problema da aparência foi investigada na questão 18 e a autoavaliação negativa, devido ao problema da aparência, na questão 19 (Quadro 1).

O critério B foi avaliado no *BDDE* nas questões 9, 10 ou 11 e 13, ou 23, 24, 25 ou 26. As questões 9, 10 ou 11 e 13 foram necessárias e suficientes para que o paciente fosse incluído no critério B. A preocupação com o problema da própria aparência, ou em situações públicas ou sociais, foi avaliada nas questões 9, 10 ou 11. Já a angústia, relacionada ao problema da aparência notada por outras pessoas, foi verificada na questão 13. O afastamento de situações públicas, sociais, do contato físico e da atividade física foi avaliado nas questões 23, 24, 25 ou 26 (Quadro 1).

O critério C foi avaliado no *BDDE* na questão 34, onde a pontuação foi zero. O problema da aparência não foi considerado por outro transtorno (por exemplo, Transtornos da Alimentação, Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero, Transtorno Obsessivo Compulsivo), e foi restrito à aparência em vez de outras obsessões, compulsões ou comportamentos relacionados a fobias (Quadro 1).

Os pacientes foram analisados de acordo com a presença de sintomas do TDC, a partir do resultado obtido com o *Body Dysmorphic Disorder Examination*. De acordo com os critérios diagnósticos do TDC (Quadro 1), o grupo estudado foi dividido em dois subgrupos: pacientes que não apresentaram sintomas do TDC (score  $\leq 66$  no *BDDE*) e pacientes que apresentaram sintomas do TDC (incluídos nos três critérios diagnósticos e com score  $> 66$  no *BDDE*).

Os sintomas foram classificados segundo o nível de gravidade, em leves, moderados e graves, de acordo com as questões 9, 10 ou 11 e 13, ou 23, 24, 25 ou 26, do *BDDE*, que avaliaram o critério B do TDC (Quadro 1) e foram distribuídos em dois domínios: sentir (questões 9, 10 ou 11, 13) e agir (questões 23, 24, 25 ou 26). A preocupação foi medida pela frequência de pensamentos e sentimentos (sentir). O prejuízo do funcionamento psicossocial (agir) foi medido pela frequência de comportamentos de esquiva em situações públicas, sociais e, ainda, pelo grau de inibição em relação ao contato físico e atividades ao ar livre.

Os sintomas do TDC foram considerados leves quando o paciente pontuava nos campos do sentir e do agir escores iguais ou inferiores a dois, podendo atingir pontuação máxima de 16 pontos; moderados, quando o paciente pontuava escores iguais ou inferiores a quatro podendo atingir pontuação máxima de 32 pontos. Nestes casos, os indivíduos, apesar de terem a qualidade de vida prejudicada, conseguiam realizar as suas atividades do cotidiano.

Os sintomas do TDC foram considerados graves quando o indivíduo pontuava nos dois domínios (sentir e agir), escores superiores a quatro, sendo o escore máximo 48, revelando inibição nas funções de decisão e de ação.

Esta avaliação dimensional dos sintomas do TDC em dois domínios, segundo o critério B (TDC/BDDE), baseou-se em estudos anteriores.<sup>14,55</sup>

#### 3.2.4.2 Investigação da qualidade de vida

A Escala de Autoestima de Rosemberg (ANEXO B), com versão traduzida e com adaptação cultural para o Brasil,<sup>16</sup> instrumento de qualidade de vida, é a medida mais usada de autoestima<sup>51</sup> e foi incluída em ambos os questionários (pré e pós-operatório). Esta escala é constituída por 10 itens, com conteúdo relativo aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Metade dos itens estão enunciados positivamente e a outra metade negativamente. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta (concordo plenamente=3, concordo=2, discordo=1 e discordo totalmente=0). Depois das devidas inversões, a média dos 10 itens nos dá a cotação da escala cuja pontuação total oscila entre 10 e 30; a obtenção de uma pontuação alta reflete uma autoestima elevada. Pontuações entre 15 e 25 estão dentro da normalidade; pontuações abaixo de 15 sugerem baixa autoestima.

#### 3.2.5 Análise estatística dos dados

Inicialmente, foram obtidas medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas (média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo). Para as variáveis qualitativas foram construídas tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%).

A significância estatística das comparações entre subgrupos foi avaliada através do teste t de Student, Mann-Whitney, qui-quadrado e Teste Exato de Fisher, dependendo do tipo e distribuição da variável. O teste de Pearson avaliou a correlação entre as variáveis selecionadas.

Em todas as análises, utilizou-se o valor de 5% para significância estatística, sendo os valores entre 0,06 e 0,10 considerados de significância limítrofe.

Os programas estatísticos utilizados foram o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22 e o Microsoft Office Excel.

### 3.2.6 Aspectos éticos da pesquisa

#### 3.2.6.1 Parecer sobre o projeto

O projeto de pesquisa obedece às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas, envolvendo seres humanos, aprovadas na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Recebeu parecer favorável e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto / UERJ, sendo registrado no CEP/HUPE sob o nº 2957/2011 (ANEXO C).

#### 3.2.6.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O mesmo comitê julgou também que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permitia ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação na pesquisa, e que esta não apresentava qualquer risco ou dano aos sujeitos, do ponto de vista ético (ANEXO D). Seguindo tais critérios, os participantes foram convidados a assinar o termo de consentimento informado, e a oficialização de cada sujeito da pesquisa deu-se após a assinatura do mesmo, seguindo as determinações estabelecidas pela Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Em casos de participantes com idade entre 13 e 17 anos, os responsáveis também foram consultados, informados e firmaram o termo de consentimento livre e esclarecido específico. Os jovens nesta faixa etária, por razões legais, necessitam da anuência de seus pais para participarem do projeto.



Aos participantes da pesquisa foi enfatizada a questão da confidencialidade e garantido sigilo dos dados obtidos, não havendo nenhum gasto financeiro de sua parte e nem remuneração para tal. Os participantes foram informados da possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento e que teriam acesso aos resultados da pesquisa.

Os sujeitos foram informados da possibilidade de contato pessoal com a pesquisadora, em função de possíveis dúvidas que pudessem ocorrer, ou mesmo da desistência do voluntariado para a pesquisa. Foram também informados sobre a disponibilidade dos resultados, quando possível. Ressalta-se que os participantes do grupo não eram pacientes dos autores deste estudo, tendo sido operados por diferentes cirurgiões, com acompanhamento pós-operatório do responsável pela cirurgia.

### **3.3 Etapa qualitativa**

Esta etapa da pesquisa teve por objetivo conhecer a percepção de adolescentes, candidatos e não candidatos à cirurgia plástica estética, sobre os padrões atuais de beleza física e as principais influências a que estão submetidos na sociedade contemporânea. Para isso, foi utilizado como instrumento de pesquisa reunião em grupo focal. Trata-se de técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais, ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador.<sup>4,37</sup>

O pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico. No grupo focal, não se tratam questões pessoais e sim opiniões, ideias..., o que permite a compreensão do processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais dos grupos humanos. Pode ser considerado uma entrevista coletiva, em que os participantes emitem opinião a partir da interação com outros indivíduos.<sup>4</sup>

### 3.3.1 Sujeitos da pesquisa

O estudo foi realizado por meio de grupos focais em duas populações diferentes: uma constituída por adolescentes que não estavam nos serviços de saúde e não procuraram cirurgia estética, representada por estudantes adolescentes da rede pública de ensino, e outra formada pelos adolescentes e jovens que integraram a etapa quantitativa e aceitaram o convite para participar dos grupos.

### 3.3.2 Coleta dos dados

A discussão seguiu um roteiro preparado com os tópicos de interesse (APÊNDICE B) que forneceu a base para que os pesquisadores pudessem incentivar o debate, e os adolescentes livremente expressassem seus pensamentos. Os debates dos grupos foram conduzidos pelos pesquisadores e tinha um relator para auxiliar no registro das ideias centrais das falas e das linguagens não verbais. Discussões foram centralizadas em torno da imagem corporal e da sua importância no dia a dia; nos fatores que podem influenciar os sentimentos dos adolescentes em relação aos seus corpos (pais, pares, mídia...); no ideal de beleza apresentado pela mídia e pela sociedade; na prática de exercícios físicos e no padrão de beleza idealizado pelos adolescentes. Para pautar a abordagem do assunto nos grupos focais, foi usado como eixo central a apresentação da pesquisa e dos membros presentes, e posterior dinâmica para aquecer a discussão. O roteiro elaborado continha uma pergunta inicial que estimulava os participantes a definir o que entendiam por padrão de beleza. Em seguida, os jovens eram estimulados a tomar parte da discussão, objetivando-se a participação de todos. As reuniões foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra a fim de realizar a análise e classificação por temas.

### 3.3.3 Análise das informações

Para perceber o sentido das falas resultantes dos grupos focais, foi utilizada a análise proposta por Minayo,<sup>37</sup> com a elaboração de categorias, levando em conta a compreensão do texto e as contradições existentes nele, buscando compreender a lógica interna do grupo. Acreditamos que se trata de uma das técnicas de análise

que melhor alcança todos os significados da pesquisa qualitativa. Desta forma, após as reuniões, os dados textuais foram lidos e relidos exhaustivamente para análise e categorização por temas. Na trajetória analítico-interpretativa, foram percorridos os seguintes passos:

- 1º - Leitura compreensiva, visando à impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material gerado pela pesquisa original;
- 2º - Identificação e recorte temático das narrativas, tendo em vista atender os objetivos da pesquisa;
- 3º - Identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas durante a discussão;
- 4º - Busca de sentidos mais amplos (socioculturais) que articularam as falas dos sujeitos da pesquisa, na tentativa de identificar modelos culturais de padrão de beleza;
- 5º - Diálogo entre os sentidos atribuídos problematizados, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo;
- 6º - Elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

#### 3.3.4 Pesquisa com estudantes da rede pública: cenário do estudo, estratégia de entrada no campo, critério amostral

Foram realizados grupos focais com adolescentes de quatro instituições da rede pública de ensino do Rio de Janeiro, RJ, no primeiro semestre letivo de 2013. Participaram estudantes de ambos os sexos e do oitavo e nono anos do ensino fundamental.

Baseando-se no fato de pesquisas sugerirem que os adolescentes da Zona Sul carioca – região de maior poder aquisitivo – são os mais representados pela mídia,<sup>40</sup> foram listadas escolas particulares e públicas localizadas nessa área geográfica. A equipe de pesquisa só obteve autorização para realização do estudo em escolas municipais, onde foram feitas as reuniões de grupo. As escolas localizadas nos bairros de Laranjeiras, Gávea e Vidigal foram selecionadas a partir de lista disponibilizada pela coordenadoria municipal de educação.

Foram constituídos dois grupos focais em cada escola, após o horário de aula, um de adolescentes do sexo masculino e outro do feminino, perfazendo o total

de oito grupos focais. A decisão de realizar os grupos de discussão separados por sexo baseou-se no fato de pesquisas anteriores sugerirem que normas e regras sobre imagem corporal são diferentes para mulheres e homens.<sup>23</sup> O número de grupos focais obedeceu ao critério de saturação dos assuntos abordados.<sup>20</sup> As escolas visitadas dispunham de boa estrutura física para o ensino, com instalações adequadas, equipamentos de informática e multimídia. As turmas eram compostas em média por 28 a 32 alunos. Participaram do estudo 96 adolescentes de 13 a 18 anos, sendo 51 do sexo masculino e 45 do feminino, com média de 12 componentes/grupo focal. A duração das reuniões variou de 50 minutos a uma hora, sendo todas realizadas em ambientes com privacidade. Dos 96 estudantes, 47 pertenciam ao oitavo ano (23 do sexo masculino e 24 do feminino) e 49 faziam parte do nono ano do ensino fundamental (28 do sexo masculino e 21 do feminino). Foram realizados dois grupos por escola, compostos por estudantes do mesmo ano e separados por sexo. O debate inicialmente foi tímido na maioria dos grupos e, aos poucos, tornou-se acalorado com o domínio de fala dos mais desinibidos, de modo que a equipe de pesquisa teve que intervir, algumas vezes, para evitar as conversas paralelas e também para garantir que todos participassem.

O estudo foi aprovado pela Coordenadoria de Educação da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro, através do Processo 07/006499/2012 (ANEXO E). O consentimento informado foi assinado pelas citadas instituições e pelos pais dos adolescentes.

### 3.3.5 Pesquisa com adolescentes e jovens candidatos à cirurgia plástica: cenário do estudo, estratégia de entrada no campo, critério amostral

Foram constituídos cinco grupos focais durante o horário de atendimento ambulatorial, três de adolescentes do sexo feminino e dois do sexo masculino, perfazendo o total de cinco grupos focais. O número de grupos focais obedeceu ao critério de saturação dos assuntos abordados.

As reuniões foram realizadas em anfiteatro localizado nas dependências do ambulatório de Cirurgia Plástica, na Policlínica Piquet Carneiro, RJ, considerando que era o local de referência mais apropriado aos participantes. O anfiteatro dispunha de uma localização isolada e ambiente silencioso, permitindo que os participantes se sentissem confortáveis.

Participaram do estudo 46 adolescentes de 13 a 25 anos, sendo 11 do sexo masculino e 35 do feminino. A duração das reuniões variou de 38 minutos a uma hora e dez minutos, sendo todas realizadas em ambientes com privacidade. Foram realizados dois grupos focais com participantes do sexo masculino, e três com participantes do sexo feminino. Algumas opiniões causaram mais impacto e polêmica do que outras, gerando reações que ora convergiam e ora divergiam. Nesses momentos, a equipe de pesquisa teve que agir e coibir as conversas paralelas, para que todos os participantes tivessem possibilidades equânimes de apresentar suas concepções sem interrupções, permitindo que elas fossem discutidas e refletidas.

#### 4 SENTIDOS DA IMAGEM CORPORAL DE ADOLESCENTES NO ENSINO FUNDAMENTAL (ARTIGO CIENTÍFICO PUBLICADO)

##### RESUMO

**OBJETIVO:** Compreender a percepção da imagem corporal entre adolescentes.

**MÉTODOS:** Estudo qualitativo conduzido com oito grupos focais com 96 estudantes no total, de ambos os sexos, do ensino fundamental de quatro escolas públicas no Rio de Janeiro, RJ, em 2013. Foi utilizado roteiro com questões sobre sentimentos dos adolescentes em relação a: corpo, padrão de beleza idealizado, prática de exercícios físicos e influência sociocultural sobre a autoimagem. Para análise dos dados, buscou-se compreender e interpretar os sentidos das narrativas e suas contradições, apreendendo o contexto, as razões dos sujeitos e a lógica interna do grupo.

**RESULTADOS:** Foram identificadas três categorias temáticas. Influência da mídia na imagem corporal expressou a dificuldade de se alcançar um corpo perfeito e a desconfiança diante dos padrões de beleza difundidos; a importância do corpo saudável foi observada na medida em que o padrão de beleza e boa aparência apresentaram-se intimamente ligados à boa condição física e decorrentes de um corpo saudável; a relação entre padrão de beleza e preconceito quanto às pessoas que não são consideradas atraentes por apresentarem pequenas imperfeições corporais, podendo ser discriminadas, rejeitadas e até mesmo excluídas do convívio social.

**CONCLUSÕES:** O padrão de corpo perfeito propagado pela mídia influencia a autoimagem e, conseqüentemente, a autoestima dos adolescentes e é considerado objetivo inatingível por corresponder a padrão de beleza descrito como artificial e irreal. Entretanto, provoca grande sofrimento e discriminação naqueles que não se sentem atraentes, o que pode levar a problemas de saúde decorrentes da baixa autoestima.

**DESCRITORES:** Adolescente. Imagem Corporal. Autoimagem. Estigma Social.

Midia Audiovisual. Pesquisa Qualitativa.

## Senses of body image in adolescents in elementary school

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To comprehend the perception of body image in adolescence.

**METHODS:** A qualitative study was conducted with eight focus groups with 96 students of both sexes attending four public elementary school institutions in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil, in 2013. An interview guide with questions about the adolescents' feelings in relation to: their bodies, standards of idealized beauty, practice of physical exercise and sociocultural influences on self-image. In the data analysis we sought to understand and interpret the meanings and contradictions of narratives, understanding the subjects' context and reasons and the internal logic of the group.

**RESULTS:** Three thematic categories were identified. The influence of media on body image showed the difficulty of achieving the perfect body and is viewed with suspicion in face of standards of beauty broadcast; the importance of a healthy body was observed as standards of beauty and good looks were closely linked to good physical condition and result from having a healthy body; the relationship between the standard of beauty and prejudice, as people who are not considered attractive, having small physical imperfections, are discriminated against and can be rejected or even excluded from society.

**CONCLUSIONS:** The standard of perfect body propagated by media influences adolescents' self-image and, consequently, self-esteem and is considered an unattainable goal, corresponding to a standard of beauty described as artificial and unreal. However, it causes great suffering and discrimination against those who do not feel they are attractive, which can lead to health problems resulting from low self-esteem.

**DESCRIPTORS:** Adolescent. Body Image. Self Concept. Social Stigma. Video-Audio

Media. Qualitative Research.

## INTRODUÇÃO

As questões relativas à imagem corporal estão cada vez mais presentes no campo da saúde e influenciam na construção da identidade do sujeito, assim como na percepção que se tem de seu próprio corpo ou do que se entende como saudável. Pesquisas sobre imagem corporal mostram sua relação com patologias, tais como depressão e distúrbios alimentares, as quais estão associadas ao componente negativo da imagem corporal, expressa pela insatisfação com o próprio corpo.<sup>5,17,22</sup> Ainda, influências socioculturais, tais como exposição a figuras idealizadas pela mídia, dieta de familiares, valorização da magreza e ofensas pessoais perpetradas pelos pares devido ao sobrepeso são reconhecidas como fatores de risco para o aumento da insatisfação corporal.<sup>2,13</sup>

A avaliação do desenvolvimento e expressão da imagem corporal possui grande relevância para a saúde pública,<sup>5</sup> especialmente no período da adolescência, quando a insatisfação corporal é altamente prevalente.<sup>9,22</sup> A adolescência caracteriza-se por um período da vida de transformações biopsicossociais significativas, potencialmente negativas quando os indivíduos estão “morbidamente preocupados em como eles aparecem aos olhos dos outros”.<sup>11</sup> Entretanto, grande parte das investigações sobre a imagem corporal é feita com adultos e apresenta natureza quantitativa, não permitindo a compreensão do processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais dos grupos estudados.<sup>2,26</sup>

O objetivo deste estudo foi compreender a percepção da imagem corporal entre adolescentes.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo qualitativo, realizado por meio de grupos focais com adolescentes de quatro instituições da rede pública de ensino do Rio de Janeiro, RJ, no primeiro semestre letivo de 2013. Participaram estudantes de ambos os sexos e do oitavo e nono anos do ensino fundamental.

Baseando-se no fato de pesquisas sugerirem que os adolescentes da Zona Sul carioca – região de maior poder aquisitivo – são os mais representados pela mídia,<sup>18</sup> foram listadas escolas particulares e públicas localizadas nessa área geográfica. A equipe de pesquisa só obteve autorização para realização do estudo em escolas municipais, onde foram feitas as reuniões de grupo. As escolas



localizadas nos bairros de Laranjeiras, Gávea e Vidigal foram selecionadas a partir de lista disponibilizada pela coordenadoria municipal de educação.

Foram constituídos dois grupos focais em cada escola após o horário de aula, um de adolescentes do sexo masculino e outro do feminino, perfazendo o total de oito grupos focais. A decisão em realizar os grupos de discussão separados por sexo baseou-se no fato de pesquisas anteriores sugerirem que normas e regras sobre imagem corporal são diferentes para mulheres e homens.<sup>10</sup> O número de grupos focais obedeceu ao critério de saturação dos assuntos abordados.<sup>7</sup>

As discussões, conduzidas por uma dupla de pesquisadores, seguiram um roteiro pré-estabelecido, com tópicos que forneceram a base para o debate, onde os adolescentes puderam expressar seus pensamentos. Discussões foram centralizadas em torno da imagem corporal e da sua importância no dia a dia; nos fatores que podem influenciar os sentimentos dos adolescentes em relação aos seus corpos (pais, pares, mídia...); no ideal de beleza apresentado pela mídia e pela sociedade; na prática de exercícios físicos e no padrão de beleza idealizado pelos adolescentes. As reuniões foram gravadas e posteriormente transcritas a fim de realizar a análise e classificação por temas. Os dados foram analisados de acordo com a proposta de Minayo,<sup>16</sup> com a elaboração de categorias, levando em conta a compreensão do texto e as contradições existentes nele, buscando compreender a lógica interna do grupo.

As escolas visitadas dispunham de boa estrutura física para o ensino, com instalações adequadas, equipamentos de informática e multimídia. As turmas eram compostas em média por 28 a 32 alunos. Participaram do estudo 96 adolescentes de 13 a 18 anos, sendo 51 do sexo masculino e 45 do feminino, com média de 12 componentes/grupo focal. A duração das reuniões variou de 50 min a uma hora, sendo todas realizadas em ambientes com privacidade. Dos 96 estudantes, 47 pertenciam ao oitavo ano (23 do sexo masculino e 24 do feminino) e 49 faziam parte do nono ano do ensino fundamental (28 do sexo masculino e 21 do feminino). Foram realizados dois grupos por escola, compostos por estudantes do mesmo ano e separados por sexo. O debate inicialmente foi tímido na maioria dos grupos e aos poucos tornou-se acalorado com o domínio de fala dos mais desinibidos, de modo que a equipe de pesquisa teve que intervir algumas vezes para evitar as conversas paralelas e também para garantir que todos participassem.

A preocupação com a autoimagem esteve presente nas narrativas da maioria dos estudantes entrevistados. Todavia, mesmo naqueles que negavam esta apreensão, foi possível observar que contraditoriamente apresentavam cuidados explícitos com a vestimenta, o cabelo e adereços, como tinturas, tênis coloridos, brincos grandes e exóticos, entre outros. Por outro lado, esta intranquilidade pode ser percebida também por meio dos comentários que faziam sobre sua própria aparência ou a dos outros participantes do grupo.

Ao término do estudo, os resultados obtidos foram apresentados aos participantes dos grupos focais buscando a validade e a confiança dos dados gerados na pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP/HUPE: 2957/2011 – CAAE: 0106.0.228.000-11) e pela Coordenadoria de Educação da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro (Processo 07/006499/2012). O consentimento informado foi assinado pelas citadas instituições e pelos pais dos adolescentes.

## **ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A classificação e interpretação das narrativas dos alunos tiveram como base os pressupostos da pesquisa e produziram três principais categorias: influência do apelo midiático sobre a imagem corporal, importância do corpo saudável e relação entre o padrão de beleza e discriminação.

### **Influência do apelo midiático sobre a imagem corporal**

Os participantes mostraram reconhecer a existência de um padrão de aparência física considerado ideal pela sociedade e o descreveram detalhadamente. Dessa forma, o corpo masculino perfeito foi relatado como sendo musculoso, alto, bronzeado, ombros largos, bíceps definidos e abdômen “tanquinho”. O corpo feminino idealizado foi o esbelto e ao mesmo tempo com curvas, e de estatura mediana. Observamos representações minuciosas sobre as características corporais mais valorizadas para as mulheres, principalmente nas falas das estudantes do sexo feminino, o que não foi observado em relação ao corpo dos homens. Essa constatação de que as adolescentes são geralmente mais detalhistas em suas

críticas vai ao encontro de pesquisa desenvolvida por Manderson et al,<sup>15</sup> que mostram que em situações de entrevista as mulheres tendem a responder de modo mais pormenorizado e estar mais entusiasmadas para "contar a sua história" do que os homens que tendem a ser mais sucintos e diretos em seus argumentos.

Por outro lado, adolescentes de ambos os sexos, foram unânimes as críticas à obesidade e ao sobrepeso, julgados como incompatíveis com o modelo de beleza feminino ou masculino e considerados algo indesejável. A exigência maior de um corpo esbelto para o sexo feminino é em parte resultante da exposição e divulgação amplas, na mídia, de imagens de ideais de beleza de mulheres em relação às figuras masculinas. Esse acúmulo de mensagens pressiona subjetivamente as mulheres a se enquadrarem no padrão de beleza vigente<sup>11,13</sup> que detém as características que foram relatadas detalhadamente pelos adolescentes. Além disso, o maior número de revistas com volume substancial de propagandas de dietas e exercícios é destinado mais às mulheres do que aos homens.<sup>1</sup> Essas experiências podem contribuir para o aumento da preocupação das mulheres em alcançar os ideais de beleza.

Essa diferença segundo sexo foi verificada em pesquisa de Halliwell & Dittmar<sup>9</sup> em que mulheres tendem a ver seus corpos constituídos por muitas partes distintas enquanto os homens são propensos a ver suas estruturas físicas como uma entidade única e completa. Outro estudo, de Hargreaves & Tiggemann,<sup>10</sup> revelou que os homens podem considerar a aparência física como um tópico que não deveriam falar, pois isso pode ser considerado um assunto "gay" ou "feminino", e torná-los aparentemente mais sensíveis ou vulneráveis. Como consequência, os adolescentes do sexo masculino podem se sentir desconfortáveis e estar menos acostumados a descrever tão minuciosamente o padrão de beleza que eles consideram ideal para um homem.

Apesar do consenso no grupo sobre os ideais de beleza que desejam alcançar, os participantes mostraram ter consciência de que são inatingíveis e artificiais. Os adolescentes relataram ser muito difícil uma mesma mulher ter um rosto irretocável e um corpo perfeito, assim como é antinatural os músculos hipertrofiados de alguns homens. Da mesma maneira, os estudantes relataram que tal forma física perfeita para as mulheres só é possível com cirurgias estéticas e para os homens, com o uso de esteróides anabolizantes, atitudes por eles repudiada.

Outra questão relevante foi a crítica à manipulação de imagens divulgadas pela mídia. A ideia predominante é que as imagens de corpos considerados perfeitos são retocadas nos computadores, não correspondendo ao que as pessoas são na vida real. Reconhecem a existência de intenção oculta, pois acreditam que o uso de ícones de beleza em comerciais e propagandas tem por objetivo a venda de produtos. Nos modelos veiculados em comerciais de roupas, a mensagem velada das empresas para seus compradores em potencial poderia ser interpretada como na fala abaixo de uma das participantes dos grupos:

*“Compre esta roupa e você parecerá magra desta forma”.*

Wood-Barcalow et al.<sup>28</sup> encontraram resultados muito semelhantes em pesquisa realizada com uma amostra de estudantes universitárias que expressaram críticas em relação aos ideais de mulheres exageradamente magras, aos retoques de fotos e, por último, à maneira como a mídia transforma a mulher em objeto de consumo.

Em síntese, esta categoria mostra que a preocupação dos adolescentes com a autoimagem segue o padrão de socialização de gênero da sociedade, do qual faz parte do papel da mulher cuidar mais da aparência do que os homens. Por outro lado, apesar de criticarem os padrões de beleza propagados pela mídia e de considerá-los manipulados e utópicos, se esforçam para segui-los, mostrando o poder da influência midiática sobre eles.

### **Importância do corpo saudável**

O corpo saudável despontou nas narrativas dos estudantes como objetivo maior da prática de exercícios físicos. Apesar de o ideal de beleza concebido para o homem ser um corpo atlético e musculoso e para a mulher uma estrutura física magra, esbelta e com curvas, os estudantes relataram que não tinham como meta principal alcançar esse ideal ao praticarem exercícios físicos. A estética corporal valorizada é obtida como consequência de exercícios que proporcionam saúde física. O ideal de musculatura bem desenvolvida era aceito pelos adolescentes, quando significava masculinidade, boa condição física e atletismo, e era repudiado quando se tratava de um corpo demasiadamente musculoso, em consonância com os achados de Pope et al.<sup>20</sup>

O tônus e a massa muscular foram considerados resultados importantes da prática de atividade física para os participantes do sexo masculino, que associaram a musculatura bem definida e enrijecida com estar em forma e saudável e também com a beleza masculina:

*“... estar em forma, com tônus, saudável e atlético...”*

A atividade física foi valorizada pelos rapazes principalmente para o alcance de um bom condicionamento físico e não pelo aspecto estético, inclusive nos casos em que o exercício se dirigia especificamente à perda de peso. Ao contrário das mulheres, os homens não referiram fazer dieta para emagrecimento. De acordo com as pesquisas de Brownmiller,<sup>4</sup> a dieta é geralmente percebida como comportamento feminino, enquanto para os homens, a restrição alimentar como meio de perder peso não é um tema popular.

Outro dado relevante na prática de exercícios físicos foi a sua relação com atividades lúdicas e em grupo com outros adolescentes. Os estudantes se engajam mais facilmente em esportes, jogos e ginástica na companhia de outros jovens. Mais especificamente, os participantes encontraram como fator principal de incentivo à prática de atividade física a diversão e a promoção da saúde compartilhadas com amigos e pares e, em segundo plano, uma melhora nas suas aparências. Estes achados são consistentes com outros estudos realizados com grupos focais.<sup>12,27</sup> De acordo com Prichard & Tiggemann,<sup>21</sup> exercícios motivados somente pela busca de uma melhor aparência têm sido apontados como associados a uma imagem corporal mais pobre, sobretudo entre as mulheres.

A opinião dos pares sobre a prática de exercícios físicos para conquista de um corpo bonito e saudável exerce maior influência sobre os rapazes do que os modelos exibidos na mídia, ao contrário das estudantes que se espelham mais facilmente em celebridades midiáticas. Dessa forma, baseando-se nos crescentes achados de pesquisas qualitativas e quantitativas,<sup>13,22</sup> a mídia de massa parece influenciar menos na imagem corporal dos adolescentes do sexo masculino do que as do sexo feminino. A preferência dos rapazes, participantes desta pesquisa, por um corpo ideal magro e moderadamente musculoso, ao contrário das mulheres que buscam um corpo também magro, porém com curvas ao invés de músculos, foi consistente com estudos prévios de Grogan & Richards<sup>8</sup> e Ridgeway & Tylka.<sup>23</sup>

Existem variadas hipóteses explicativas para estes achados que requerem pesquisas posteriores para comprovação. Talvez não seja aceitável para os homens

admitir que estejam recebendo influência de mensagens sobre seus corpos. Os adolescentes do sexo masculino não estariam percebendo as mensagens, poderiam estar relutantes em falar sobre seus corpos,<sup>10</sup> ou o volume de mensagens para os rapazes seria menor do que para as moças.<sup>11,13</sup>

Algumas pesquisas<sup>14,22</sup> têm indicado efeitos das influências socioculturais na imagem corporal das adolescentes do sexo feminino, sendo a perda de peso um dos objetivos principais nessa faixa etária. Entretanto, para nossos interlocutores, a busca exagerada pela magreza foi vista de maneira negativa e associada à doença, sendo alvo de reprovação geral por não fazer parte da cultura desse grupo. Para os adolescentes, especialmente as moças, a magreza está associada à preocupação excessiva e descontrolada por um padrão de corpo esguio e esbelto, incompatível com o que seria um padrão de beleza para eles, pois a magreza é apontada como algo negativo. Essa procura exaustiva acabaria culminando em descuido com a saúde e com o corpo, uma vez que ultrapassaria o limite do esteticamente bonito e saudável. A atividade física foi relatada como uma ferramenta para se atingir um corpo “normal”, “bonito” e com saúde. Muitas adolescentes relataram que para alcançar principalmente a beleza e a saúde, o corpo da mulher tem que ser “normal” ou “um padrão só”, definido por elas como sendo o corpo “nem gordo e nem magro; não é acima do peso e nem abaixo”, é a “média deles”.

### **Relação entre padrão de beleza e discriminação**

Os temas que remetem a ações de preconceito foram abordados pelos participantes que reconheceram a existência em seu meio de discriminação contra indivíduos não atraentes ou que possuam um mínimo defeito corporal. Os adolescentes alegaram que essas pessoas seriam rejeitadas e até excluídas do grupo quando se percebe que não se esforçavam para melhorar suas aparências. Isso mostra a pressão que os adolescentes discriminados recebem do grupo para atingirem o padrão de beleza preconizado. A insatisfação com a imagem corporal faz com que o indivíduo não socialmente aceito busque alternativas (academias, cirurgias plásticas, uso de remédios, entre outros) para corrigir o que alguns consideram um defeito. Segundo Costa,<sup>6</sup> para os adolescentes, a aparência física fora dos padrões passa a ser uma marca que a pessoa possui e que a distingue pejorativamente das outras. Fixa-se apenas num aspecto ou atributo da pessoa,

tornando a diferença uma exceção e esses indivíduos passam a ser vistos, a princípio, por essa diferença negativa que poderá levar à segregação social.

A partir dessas concepções, percebe-se que aqueles jovens que não se enquadram ou não tentam se aproximar dos ideais de beleza são discriminados, marginalizados por colegas ou sumariamente excluídos do convívio social e, inclusive, violentados moral e fisicamente. O trecho da fala de uma das estudantes, reproduzido a seguir, ilustra esse comportamento:

*“Se o cara é feio, mas se veste bem, usa um tênis legal, se perfuma... eu até tento esquecer da feiura dele... eu tolero... se não, um abraço!”*

O uso de apelidos é frequente e muitas vezes serve para enfatizar características negativas que os jovens gostariam de esconder. Segundo Silva,<sup>24</sup> a condição das pessoas estigmatizadas é um terreno fértil para o preconceito, sobretudo na impossibilidade de se alcançar um padrão de beleza determinado. Muitos adolescentes com excesso de massa corporal são marginalizados socialmente<sup>25</sup> e sintomas depressivos ligados à distorção da autoimagem são comumente encontrados em meninas em idade escolar.<sup>17</sup>

As narrativas dos jovens indicam que os modelos transmitidos culturalmente têm frequentemente atuado de forma negativa na percepção que os adolescentes possuem de si mesmos, mostrando que, para não se tornarem excluídos, vivem em função dessa imposição de padrões estéticos e se perdem na busca de sua própria identidade. Por acreditarem que melhorando seu aspecto físico ganharão autoestima e aceitação pelo grupo, os indivíduos discriminados, frequentemente se engajam em iniciativas como tratamentos de beleza para a pele ou para o cabelo, redução de peso, tratamento dentário, cirurgia cosmética, ou outros procedimentos relacionados para melhorar seu aspecto defeituoso.<sup>19,25</sup> Enquanto algum grau de insatisfação com a imagem corporal é comum entre muitos adolescentes, aqueles com extrema insatisfação com a aparência podem estar sofrendo de uma desordem psiquiátrica chamada de transtorno dismórfico corporal.<sup>1,5,19</sup> Nesse caso, a cirurgia cosmética para a melhora da imagem corporal está fadada ao fracasso, pois não existe uma deformidade real e o procedimento cirúrgico não pode curar preocupações que sempre mudam com a aparência.<sup>19</sup>

---

<sup>1</sup> Silva MLA, Taquette SR, Aboudib JHC. Transtorno Dismórfico Corporal: contribuições para o cirurgião plástico. *Rev Bras Cir Plast.* No prelo 2014.

Ao final da pesquisa, foi elaborada uma síntese dos resultados do estudo e apresentada aos participantes. A análise reflexiva das percepções reveladas pelos estudantes mostrou que eles se reconheceram nos textos apresentados, mas foram politicamente corretos ao enfatizar que são contrários à discriminação e que não praticam o *bullying* contra pessoas com imperfeições corporais, na escola ou em qualquer outro local.

Nosso estudo aponta que os estudantes entrevistados têm a percepção de que a mídia constrói modelos de beleza difíceis de serem alcançados. E, apesar de tentar segui-los, demonstraram opinião própria e moderação ao condenar os excessos da busca do ideal de beleza. Reconhecem a existência de discriminação e preconceito contra aqueles que não são considerados atraentes. Esses resultados necessitam ser mais explorados para a construção de programas de prevenção e intervenção com adolescentes a fim de evitar o desenvolvimento de distúrbios com a imagem corporal e os comportamentos de risco associados à saúde.

Ressaltamos que, num estudo qualitativo, não se visa à representatividade numérica, mas sim o aprofundamento da compreensão dos fatos, e destacamos que nossa pesquisa foi realizada com uma amostra de conveniência de estudantes adolescentes da rede pública de ensino, o que limita o alcance de seus resultados. Outra restrição do estudo foi a condução dos grupos focais por pesquisadoras do sexo feminino, tendo em vista que homens são mais propensos a discutir suas preocupações da imagem corporal com outros homens.<sup>3</sup> Apesar dessas limitações, o estudo permitiu a identificação dos construtos que compõem o conceito “padrão de beleza” e das suas repercussões nesse grupo social, o que contribui para o entendimento de problemas de saúde advindos destes construtos.

## REFERÊNCIAS

1. Andersen AE, DiDomenico L. Diet vs. shape content of popular male and female magazines: a dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *Int J Eat Disord.* 1992;11(3):283–87. DOI:10.1002/1098-108X(199204)11:3<283::AID-EAT2238110313>3.0.CO;2-O
2. Avalos LC, Tylka TL. Exploring a model of intuitive eating with college women. *J Couns Psychol.* 2006;53(4):486-97. DOI:10.1037/0022-0167.53.4.486



3. Bottamini G, Ste-Marie DM. Male voices on body image. *Int J Mens Health*. 2006;5(2):109-32. DOI:10.3149/jmh.0502.109
4. Brownmiller S. *Femininity*. New York: Linden Books; 1984.
5. Cash TF, Pruzinsky T. Future challenges for body image theory, research, and clinical practice. In: Cash TF, Pruzinsky T, editors. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002. p.509-16.
6. Costa JS. Educação inclusiva e orientação sexual: dá para combinar? *Psicol Cienc Prof*. 2000;20(1):50-7. DOI:10.1590/S1414-98932000000100007
7. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):17-27. DOI:10.1590/S0102-311X2008000100003
8. Grogan S, Richards H. Body image: focus groups with boys and men. *Men Masc*. 2002;4(3):219-32. DOI:10.1177/1097184X02004003001
9. Halliwell E, Dittmar H. A qualitative investigation of women's and men's body image concerns and their attitudes toward aging. *Sex Roles*. 2003;49(11-12):675-84. DOI:10.1023/B:SERS.0000003137.71080.97
10. Hargreaves DA, Tiggemann M. 'Body image is for girls': a qualitative study of boys' body image. *J Health Psychol*. 2006;11(4):567-76. DOI:10.1177/1359105306065017
11. Holmqvist K, Frisén A. "I bet they aren't that perfect in reality:" appearance ideals viewed from the perspective of adolescent with a positive body image. *Body Image*. 2012;9(3):388-95. DOI:10.1016/j.bodyim.2012.03.007
12. Humbert ML, Chad KE, Spink KS, Muhajarine N, Anderson KD, Bruner MW, et al. Factors that influence physical activity participation among high- and low-SES youth. *Qual Health Res*. 2006;16(4):467-83. DOI:10.1177/1049732305286051
13. Jones DC, Vigfusdottir TH, Lee Y. Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys: an examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines, and the internalization of appearance ideals. *J Adolescent Res*. 2004;19(3): 323-39. DOI:10.1177/0743558403258847
14. Kakeshita IS, Almeida SS. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Rev Saude Publica*. 2006;40(3):497-504. DOI:10.1590/S0034-89102006000300019
15. Manderson L, Bennett E, Andajani-Sutjahjo S. The social dynamics of the interview: age, class, and gender. *Qual Health Res*. 2006;16(10):1317-34. DOI:10.1177/1049732306294512
16. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(3):621-6. DOI:10.1590/S1413-81232012000300007

17. Needham BL, Crosnoe R. Overweight status and depressive symptoms during adolescence. *J Adolesc Health*. 2005;36(1):48-55. DOI:10.1016/j.jadohealth.2003.12.015
18. Njaine K. Sentidos da violência ou a violência sem sentido: o olhar dos adolescentes sobre a mídia. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):381-92. DOI:10.1590/S1414-32832006000200008
19. 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;32 (3):473-84. DOI:10.1007/s00266-008-9113-2
20. Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. The Adonis complex: the secret crisis of male body obsession. New York: Free Press; 2000.
21. Prichard I, Tiggemann M. Relations among exercise type, self-objectification, and body image in the fitness centre environment: the role of reasons for exercise. *Psychol Sport Exerc*. 2008;9(6): 855-66. DOI:10.1016/j.psychsport.2007.10.005
22. Ricciardelli LA, McCabe MP. Self-esteem and negative affect as moderators of sociocultural influences on body dissatisfaction, strategies to decrease weight, and strategies to increase muscles among adolescent boys and girls. *Sex Roles*. 2001;44(3-4):189-207. DOI:10.1023/A:1010955120359
23. Ridgeway RT, Tylka TL. College men's perceptions of ideal body compositions and shape. *Psychol Men Masc*. 2005;6(3):209-20. DOI:10.1037/1524-9220.6.3.209
24. Silva LM. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. *Rev Bras Educ*. 2006;11(33):424-34. DOI:10.1590/S1413-24782006000300004
25. Strauss RS, Pollack HA. Social marginalization of overweight children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157(8):746-52 DOI:10.1001/archpedi.157.8.746
26. Swami V, Hadji-Michael M, Furnham A. Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image*. 2008;5(3):322-5. DOI:10.1016/j.bodyim.2008.03.007
27. Wilson DK, Williams J, Evans A, Mixon G, Rheaume C. A qualitative study of gender preferences and motivational factors for physical activity in underserved adolescents. *J Pediatr Psychol*. 2005;30(3):293-7. DOI:10.1093/jpepsy/jsi039
28. Wood-Barcalow NL, Tylka TL, Augustus-Horvath CL. "But I like my body": positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*. 2010;7(2):106-16. DOI:10.1016/j.bodyim.2010.01.001

Artigo baseado na tese de doutorado de Silva MLA, intitulada: "Diretrizes para suspeição do transtorno dismórfico corporal em adolescentes e adultos jovens

candidatos à cirurgia plástica estética”, apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro\Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, em 2014.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## 5 MOTIVAÇÕES DE ADOLESCENTES E JOVENS NA BUSCA DE CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA (ARTIGO CIENTÍFICO)

### RESUMO

**OBJETIVO:** Compreender os motivos que levam os adolescentes e adultos jovens a procurar cirurgia plástica estética.

**MÉTODOS:** Estudo qualitativo conduzido com cinco grupos focais com 46 pacientes de 13 a 25 anos no total, de ambos os sexos, em serviço de cirurgia plástica no Rio de Janeiro, RJ, em 2013. Foi utilizado roteiro com questões sobre sentimentos em relação a: corpo, padrão de beleza idealizado, prática de exercícios físicos, influência sociocultural sobre a autoimagem e as expectativas em relação ao procedimento cirúrgico estético desejado. Para análise dos dados, buscou-se compreender e interpretar os sentidos das narrativas e suas contradições, apreendendo o contexto, as razões dos sujeitos e a lógica interna do grupo.

**RESULTADOS:** Foram identificadas três categorias temáticas. Banalização da cirurgia plástica expressou as facilidades que o mercado disponibiliza, tornando menos perceptível o caráter médico e os riscos da cirurgia plástica; as relações entre beleza, saúde e cirurgia plástica foram vistas na medida em que a prática cirúrgica mostrou-se como um recurso complementar à atividade física na busca do belo; relação entre cirurgia plástica e autoestima resgatada e devolvida aos jovens discriminados por não serem atraentes.

**CONCLUSÕES:** As facilidades proporcionadas pelo mercado tornam a cirurgia plástica muito procurada pelos adolescentes e jovens como um recurso complementar aos exercícios físicos na correção de imperfeições corporais e como meio de recuperar a autoestima, naqueles excluídos do convívio social pela falta de atratividade física.

**DESCRITORES:** Adolescente. Imagem Corporal. Pesquisa Qualitativa.  
Cirurgia Plástica. Autoestima.

## Motivations for adults and young people to seek aesthetic plastic surgery

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To understand the motives that lead adolescents and young people to seek aesthetic plastic surgery

**METHODS:** A qualitative study of five focus groups totaling 46 patients aged 13 to 25, of both sexes, in a plastic surgery service in Rio de Janeiro, RJ, in 2013. A script composed of questions on feelings about: the body, idealized standards of beauty, doing physical exercise, socio-cultural influence on self-image and expectations concerning the desired aesthetical surgical procedure. To analyze the data, we sought to understand and interpret the meanings and contradictions of the narratives, taking into account the context, the subjects' motivations and the internal logic of the group.

**RESULTS:** Three thematic categories were identified. Plastic surgery has become banal, expressed in the facility with which it is available, making its medical character and its risks less apparent; the relationships between beauty, health and plastic surgery were seen to the extent in which plastic surgery is seen as a complementary resource to physical activity in achieving beauty; the relationship between plastic surgery and self-esteem in young people discriminated against for not being attractive.

**CONCLUSIONS:** The facilities available on the market mean that adolescents and young people often seek plastic surgery as a complementary resource to physical exercise in correcting imperfections, and as a means of recovering self-esteem in those excluded from social interaction for not being physically attractive

**DESCRIPTORS:** Adolescent. Body Image. Qualitative Research.

Plastic Surgery. Self-esteem.

## **INTRODUÇÃO**

O apelo da mídia e a alta exposição nas redes sociais caminham ao lado do aumento das facilidades disponibilizadas no aspecto financeiro, como alguns dos fatores implicados na explosão de popularidade da cirurgia plástica cosmética entre adolescentes e jovens nos últimos anos.<sup>1</sup> Não bastasse a influência de pais e amigos, a sociedade transformou o corpo em objeto de manipulação e de desejos, tornando a beleza sinônimo de sucesso.<sup>14</sup> A todo esse cenário, acrescenta-se o fato de que a autopercepção sobre problemas na aparência pode se tornar mais intensa para alguns pacientes que apresentam preocupação com mínimos ou inexistentes defeitos, causando significativa tristeza ou interferindo com a sua vida social e profissional, caracterizando-se, neste caso, o Transtorno Dismórfico Corporal, uma doença que também leva à busca por cirurgia plástica e decorre exclusivamente de fatores psicogênicos, com início na adolescência e com crescimento da incidência nesta faixa etária.<sup>5,9</sup>

Diante do anteriormente exposto, o foco da cirurgia plástica na adolescência torna o papel do cirurgião primordial: deve avaliar com o jovem e sua família a real necessidade da plástica nesta fase da vida de grandes transformações biológicas, psíquicas e sociais. Deve ser cuidadoso na indicação de intervenção operatória em um indivíduo que pode ainda não estar apto do ponto de vista psíquico, quando os resultados cirúrgicos esperados, muitas vezes, não são alcançados

Todo esse contexto, aliado à escassez de trabalhos acadêmicos sobre o tema no cenário brasileiro, motivou esta investigação sobre a compreensão dos motivos que levam adolescentes e adultos jovens a buscarem cirurgia plástica. Este estudo trata de um tema atual e de grande relevância para o campo da cirurgia plástica e da saúde pública, na medida em que tem crescido os problemas relacionados a pacientes portadores de transtornos dismórficos corporais, frequentemente iniciados na adolescência. Daí a necessidade de se conhecer e esclarecer aspectos relacionados à imagem corporal, autoestima e qualidade de vida na adolescência que levam adolescentes a procurar este tipo de intervenção cirúrgica.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Estudo qualitativo, realizado por meio de grupos focais com pacientes adolescentes e adultos jovens recrutados, por conveniência, de acordo com a ordem

de chegada, no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, Brasil, entre janeiro de 2012 e abril de 2013. Participaram pacientes de ambos os sexos, com idade entre 13 e 25 anos, com escolaridade mínima equivalente ao ensino fundamental, cujas cirurgias eram procuradas exclusivamente por razões estéticas. Pacientes que decidiram se submeter a mamoplastia de aumento e de redução, otoplastia, rinoplastia, correção de ginecomastia, colocação de prótese glútea, peitoral e de panturrilha, ninfoplastia, abdominoplastia e peeling mecânico foram incluídos no estudo. Os pacientes foram convidados a participar após a consulta inicial no ambulatório e, estando de acordo, participaram do grupo em horário e local previamente agendados, com garantia de sigilo e privacidade. Ressalta-se que os participantes do grupo não eram pacientes dos autores deste estudo.

Foram excluídos da amostra mulheres grávidas, pacientes fora da faixa etária estabelecida e aqueles submetidos à cirurgia plástica reparadora.

Foram constituídos cinco grupos focais com um total de 46 adolescentes e jovens de 13 a 25 anos, sendo 11 do sexo masculino e 35 do feminino. Três grupos foram compostos com as moças e dois com os rapazes. O número de grupos focais obedeceu ao critério de saturação dos assuntos abordados.<sup>10</sup>

A duração das reuniões variou de 38 minutos a uma hora e dez minutos, sendo todas realizadas em ambientes com privacidade.

As discussões, conduzidas por uma dupla de pesquisadores, seguiram um roteiro pré-estabelecido, com tópicos que forneceram a base para o debate, onde os adolescentes puderam expressar seus pensamentos. Discussões foram centralizadas em torno da imagem corporal e da sua importância no dia a dia; nos fatores que podem influenciar os sentimentos dos adolescentes em relação aos seus corpos (pais, pares, mídia...); no ideal de beleza apresentado pela mídia e pela sociedade; na prática de exercícios físicos e na expectativa em relação ao procedimento cirúrgico estético desejado. As reuniões foram gravadas e posteriormente o material obtido foi transcrito, lido e relido exaustivamente para análise e categorização por temas.

Ao término do estudo, os resultados foram apresentados aos participantes dos grupos focais buscando a validade e a confiança dos dados gerados na pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP/HUPE: 2957/2011 – CAAE: 0106.0.228.000-11). Para os participantes com idade entre 13 e 17 anos, os responsáveis também foram consultados, informados e firmaram o termo de consentimento livre e esclarecido específico.

## **ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para entender o significado dado pelos sujeitos às questões da pesquisa, foi utilizada a análise temática proposta por Minayo,<sup>20</sup> com a elaboração de categorias, levando em conta a compreensão do texto e as contradições existentes nele. A análise dos dados foi realizada através dos seguintes passos: leitura e releitura dos textos para se ter uma visão do conjunto e apreensão de seus principais conteúdos; classificação dos relatos, recorte e colagem do texto de acordo com as categorias surgidas; identificação dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas, buscando entender a lógica interna deste grupo; diálogo comparativo com a literatura; e elaboração de uma síntese interpretativa tendo em vista a resposta aos questionamentos da pesquisa.

A classificação e interpretação das narrativas dos participantes tiveram como base os pressupostos da pesquisa e resultou na criação de três categorias temáticas de análise: facilitação e banalização da cirurgia plástica; beleza, saúde e cirurgia plástica; cirurgia plástica e autoestima.

### **Facilitação e banalização da cirurgia plástica**

A cirurgia plástica estética é um desejo de consumo de diversas pessoas que pode ser erroneamente comercializado, especialmente na adolescência,<sup>16</sup> quando não se pode ter dúvidas em um procedimento cujos resultados são definitivos. O que conhecemos desta fase da vida na literatura é que trata-se de um momento de crise, rebeldia, transitoriedade, tensão e conflito, onde o jovem, com seu comportamento característico de contestação, torna-se mais vulnerável e seguidor de grupos e modas.<sup>2</sup>

Minayo et al.<sup>19</sup> ao aprofundarem estudos sobre o impacto das mídias no comportamento dos jovens, constataram que os meios de comunicação não criam a realidade, mas a expõem para a sociedade. A análise das falas dos participantes



desta pesquisa leva ao entendimento de que a vinculação de programas televisivos com informações sobre como são realizadas as cirurgias plásticas, e suas repercussões, são positivas. O que os jovens acham que deixa transparecer negativamente é a forma como elas são disponibilizadas, supervalorizando o corpo. Como são programas de grande audiência, os adolescentes acreditam que deveriam promover saúde, enfatizando a busca pela cirurgia plástica, considerando os anseios que os levam a despertar o interesse por cirurgias, e não como um modismo ocasional.

Os participantes dos grupos focais mostraram-se temerosos em relação à influência da mídia, na formação da imagem corporal dos adolescentes, indicando que existe a possibilidade real deles compararem um “corpo novo” como “moda transitória”. Eles argumentaram que a diversidade de produtos e serviços disponíveis no mercado possibilita ao indivíduo modificar qualquer parte do seu corpo, a qualquer momento, sem maiores dificuldades, desconhecendo os riscos e ignorando a dor associados a estes procedimentos. Segundo Chataignier,<sup>6</sup> corroborando a opinião dos jovens entrevistados, as revistas femininas contribuem bastante na divulgação desta crença, na medida em que enfocam, de maneira superficial, o sofrimento como forma de exaltar a beleza, tornando sinônimos prazer e dor.

De acordo com Leal *et al.*,<sup>17</sup> atualmente a cirurgia estética é julgada como um fenômeno coletivo, devido ao elevado número de procedimentos, considerando que não é mais algo pontual de uma classe, gênero ou idade. Podemos considerá-la uma prática coletiva diante da demanda que aumenta a cada ano. Os participantes desta pesquisa levantaram alguns pontos de vista para a compreensão das razões pelas quais houve um aumento tão expressivo da cirurgia estética, ultimamente. Dentre eles, a facilidade que o mercado disponibiliza no aspecto financeiro, citando como exemplo clínicas que fazem parcelamentos e crediário na hora do pagamento. Outro fator, poderia ser a grande facilidade que os clientes encontram em se submeter à cirurgia, atualmente, com o retorno rápido às suas atividades, o que vem ao encontro das pesquisas de Castro<sup>8</sup> e Leal *et al.*<sup>17</sup>

O contexto das falas dos grupos focais enfatiza que pelo fato dos procedimentos cirúrgicos estarem associados à estética, seu “caráter” médico se tornou menos perceptível e por isso menos perigoso, e que existiria uma banalização da cirurgia plástica estética, como se esta não comportasse nenhum

risco e não se tratasse de uma intervenção que demanda muitos cuidados. O recorte textual abaixo ilustra esse pensamento:

*“... no dia seguinte à minha cirurgia (colocação de próteses de mamas) eu vou direto para a night mostrar para todo mundo como eu fiquei poderosa...”*

Os jovens mostraram ter consciência de que os diversos meios de comunicação vêm influenciando os ideais de beleza,<sup>11,27</sup> oferecendo à sociedade mensagens sobre padrões de corpo, de vestimenta, maquiagem, dentre outros. Indicaram reconhecer que, muitas vezes, a mídia modifica os padrões clássicos de beleza com que convivem.

Apesar de questionarem os padrões artificiais de corpo veiculados pela mídia e o modismo atual, em que as pessoas tratam a cirurgia plástica como algo banal e até se vangloriam quando se submeteram a tal procedimento, os jovens participantes desta pesquisa, contraditoriamente, querem se submeter a estes procedimentos e entendem como normais a discussão e a exibição dos resultados cirúrgicos, nas rodas de conversas e nos banheiros de academias. Outra questão relevante nas discussões foi a crença dos jovens de que a influência grupal afeta a psique do indivíduo, e querendo ou não, estaríamos todos sujeitos aos ditames dos nossos pares. A ideia predominante é que essa pressão social (ou de um grupo), seria em grande parte responsável por impulsionar uma pessoa na procura pelo corpo perfeito, muitas vezes, nas mãos de profissionais nem sempre habilitados. Os relatos dos jovens deste estudo vêm ao encontro às observações realizadas por Castro,<sup>8</sup> quando esta pesquisadora concluiu que as pessoas vão para uma clínica como se fossem a um salão de beleza, fazer o cabelo e ir embora, ignorando a dor e os riscos em função da vaidade.

De acordo com Queiroz e Otta,<sup>24</sup> quando as pessoas recorrem a procedimentos cirúrgicos ou consomem produtos tecnologicamente produzidos, objetivando modificações na aparência corporal, podem melhorar sua imagem e autoestima, alcançando a felicidade, mas correm também o risco de escorregar, sutilmente para a patologia, quando a beleza se torna um fim em si mesmo.

### **Beleza, saúde e cirurgia plástica**

No Brasil, como em outros países de clima tropical, existe uma maior exposição do corpo, e a preocupação com a boa forma física é uma constante. Além disso, a vida profissional mais competitiva, a busca da juventude, a necessidade de ser perfeito são alguns fatores que instigam homens e mulheres a adotarem um comportamento vaidoso na busca de recursos para potencializar a beleza.

Nos grupos focais, foram evidenciadas discussões a respeito da imposição do ideal de corpo perfeito preconizado pela nossa sociedade e veiculado pela mídia, que leva as pessoas a uma insatisfação crônica com seus corpos, sobretudo na adolescência. Sobre essa temática, os participantes acreditam que existe grande preocupação pelos jovens em alcançar uma apresentação favorável, e a análise das discussões geradas, nos permitiu compreender que há valorização no corpo remodelado pela prática de exercícios, visando perder alguns quilos e tonificar a musculatura. O trabalho de definir o corpo, por meio de exercícios de musculação, abdominal, caminhada, foi sugerido com ênfase em regiões localizadas, tais como barriga, coxas, braços, glúteos e pernas. Segundo os participantes, a cirurgia plástica seria a opção seguinte em trabalhar estas áreas específicas do corpo, quando os exercícios físicos não resolvessem.

O músculo foi citado mais de uma vez na dinâmica das palavras evocadas e lembrado durante os grupos focais, associado à atividade física. Em concordância com os achados de Pope *et al.*,<sup>22</sup> a atividade física foi valorizada como meio de alcançar bom condicionamento físico, sem objetivar corpo musculoso.

Como símbolo da cultura ocidental, a exigência da aparência associada ao corpo magro, jovem e bem definido tem se tornado cada vez maior em detrimento, muitas vezes, da própria saúde.<sup>27</sup> Segundo Branco *et al.*,<sup>4</sup> esta pressão social atinge principalmente as meninas, que conforme a idade aumenta, cresce a insatisfação com o corpo e, conseqüentemente, a tendência em querer emagrecer; inverso ao sexo masculino, onde há o desejo de ganhar peso em busca de um porte atlético. Os discursos dos grupos, discordando dos pesquisadores anteriormente citados,<sup>4,11</sup> revelaram que a relação do corpo com a atividade física não foi apenas com objetivos estéticos para as mulheres alcançarem corpos magros e os homens corpos atléticos, mas foi vista também como forma de manutenção de saúde física e mental.

Sobre essa temática, nos grupos focais, manifestou-se o consenso de que a prática de exercícios que contemplem aspectos objetivos e subjetivos do corpo, como é o caso da ginástica, associada à possibilidade de interação social – fazer amigos –, são formas para alcançar ou manter o equilíbrio entre corpo e mente. O trecho reproduzido a seguir ilustra a situação:

*“Acho importante a gente se sentir bonito... saudável... vou para a academia mas não quero pegar músculo, só resistência física...”*

Em conformidade com os trabalhos de Humbert *et al*<sup>15</sup> e Prichard & Tiggemann<sup>23</sup>, a prática de exercícios físicos foi apresentada pelos jovens participantes desta pesquisa como uma atividade que proporciona equilíbrio entre corpo e mente e diz respeito à funcionalidade do corpo, na qual os indivíduos atribuem importância ao preservar a saúde; prevenir a deterioração e manter o equilíbrio psíquico, além de conservar a aparência estética. Os achados dos grupos focais estão em acordo com o conceito elaborado por De Marchi & Bankoff,<sup>7</sup> que enfatiza aspectos semelhantes e conclui que a prática de atividades físicas é um dos pilares fundamentais para a conquista de uma vida saudável e plena.

Observa-se que, apesar dos jovens desta pesquisa evidenciarem aspectos importantes para a manutenção da saúde corporal, através da prática de atividades esportivas que os fizessem alcançar a saúde como um todo, foram unânimes em concordar que a cirurgia plástica complementar estas atividades ao sobrelevar os resultados dos exercícios em determinadas áreas do corpo. Dessa forma, os jovens relataram que as lipoaspirações, implantes de silicone e plásticas de mama aparecem como recursos imprescindíveis na luta contra as imperfeições físicas, permitindo que o modelo corporal fique finalmente ao alcance de todos.

### **Cirurgia plástica e autoestima**

Segundo Goldenberg,<sup>12</sup> no Brasil, a beleza é “nacionalizada”, isto é, a aparência física é vista como conectada à identidade nacional. Já no Rio de Janeiro, existe uma subcultura que “parece ter horror à gordura e à velhice, e valoriza com fervor a beleza” e a “boa forma”, estimulando o sonho cada vez mais insistente da juventude eterna e provocando uma insatisfação permanente com a aparência física.

<sup>24</sup> As pessoas, sofrendo da combinação de uma cultura juvenil com a mercantilização da beleza, passaram a desejar uma espécie de “pacote”, onde encontra-se a moda, os cosméticos, a dieta, os silicones, as cirurgias plásticas, ou seja, todo um ‘*mix*’ para atingir o padrão de beleza almejado.<sup>17,24</sup>

Os participantes desta pesquisa, em consonância com os relatos de Leal *et al.*,<sup>17</sup> mostraram reconhecer a existência de uma verdadeira fábrica cultural de embelezamento do corpo, adornos e demais elementos relacionados a ele, vinculada a padrões estéticos que evidenciam a beleza corporal muito destacada na sociedade atual. Sobre essa temática, nos grupos focais, os adolescentes foram unânimes em sugerir que, apesar da pessoa nascer feia por conta da natureza, ela só permanece feia se quiser, sugerindo uma certa “culpa” do indivíduo quando não se empenha em melhorar sua aparência. Estes achados são consistentes com outros estudos realizados,<sup>12,27</sup> quando julgam que cada indivíduo é considerado responsável (e culpado) por sua juventude, beleza e saúde: só é feio quem quer e só envelhece quem não se cuida.<sup>17</sup>

De acordo com Bernardini & Maia,<sup>2</sup> existem comportamentos em adolescentes que são considerados normais, tanto na busca do impacto pela estética, quanto da antiestética. Mas, existem padrões que estimulam o desenvolvimento de condutas cujo eixo central é o próprio corpo e que trazem sofrimento aos que neles não estão “enquadrados”, havendo cada vez menor tolerância a desvios de tais padrões. Diante do exposto nas seções anteriores, e em consonância com diversos estudos na área,<sup>4,26,27</sup> os participantes desta pesquisa compreendem e aceitam que a sociedade contemporânea cultua o corpo perfeito, com a interferência da mídia, o que reforça e propicia a falta de espaço social àqueles jovens, não “enquadrados”, que possuem imperfeições nos traços físicos, gerando preconceito, baixa autoestima, isolamento e exclusão social.

O discurso do grupo revelou que os indivíduos não atraentes são discriminados e, em consequência disto, aumenta a intolerância e a falta de aceitação com aqueles que apresentam um mínimo defeito corporal presente. Todos os jovens dos grupos concordaram que o corpo que não possui atrativos, em algum aspecto, passa a ser rejeitado e excluído, sofrendo críticas depreciativas, além de ser associado à falta de autoestima e da vontade em querer alcançar um corpo perfeito, como difundido pela mídia. A aparência ganha função bastante relevante na comunicação, o que supervaloriza o corpo como meio de expressão do ego e

responsável pelo sucesso ou fracasso pessoal. Isto induz à busca de regimes, adornos e processos cirúrgicos com o objetivo de se adequar a padrões idealizados.<sup>4,16</sup> Em todos os grupos focais, a gordura foi tomada como padrão da feiura e sinalizou a existência de exclusão social, pela ausência do sentimento de pertença a um grupo social, vivenciados por aqueles que nela se enquadram, constatações semelhantes às apontadas por Serra & Santos,<sup>27</sup> Costa *et al*<sup>28</sup> e Goetz *et al*.<sup>11</sup>

As narrativas dos jovens, assim como citado na literatura, indicam que a aparência demonstra afetar áreas que vão do sucesso profissional<sup>14</sup> até a escolha de parceiros.<sup>13</sup> Os achados desta pesquisa foram consistentes com diversos estudos que abordam a associação do belo com o moralmente bom<sup>14,24</sup> em oposição ao feio como o fraco, sem obstinação e incapaz de assumir a responsabilidade sobre o seu próprio corpo:<sup>23</sup>

*“...se ele quiser, emagrece, e então vai ser tratado com respeito....”*

Dessa forma, a cirurgia plástica é vista, pelos entrevistados, como um meio eficaz de inclusão social mediante a qual o indivíduo resgata sua autoestima e redefine a sua sociabilidade, catalisando uma transição de vida mais abrangente. A ideia predominante nos grupos focais é que através da cirurgia plástica, o adolescente, antes discriminado, poderia recuperar o seu traço físico com qualidade de vida e ganhar um novo corpo social. Portanto, a cirurgia plástica, na visão dos entrevistados e de acordo com a literatura,<sup>1,16,26</sup> é vista como um meio que pode, muitas vezes, ajudar o indivíduo a se harmonizar consigo próprio, reencontrando sua autoimagem e um melhor equilíbrio com seu contexto ambiental.

As discussões geradas nos grupos focais remetem-nos a reflexões sobre a maturidade dos adolescentes na tomada de decisão de se submeter a uma cirurgia estética, apoiada pelos pais, em busca de um corpo imaginário propagado pela mídia televisiva. Em sua maioria, são pessoas com problemas de autoestima, ansiosos e insatisfeitos com as mudanças corporais que ocorrem normalmente na adolescência, como exposto por diversos autores.<sup>4,17,26</sup> Nunca é demais enfatizar que, para obter sucesso na cirurgia que o adolescente busca, é indispensável que o cirurgião plástico avalie se as necessidades e os desejos do indivíduo são compatíveis com o que o ato operatório possa vir a oferecer.<sup>16</sup> Um resultado perfeito e ideal, como desejado através da cirurgia plástica, não pode ser prometido ao paciente porque jamais será alcançado.<sup>26</sup> É necessário refletir sobre o papel da

cirurgia estética na busca de solução para problemas de autoimagem e autoestima relacionados a esta fase de grandes mudanças corporais.

Nosso estudo aponta que os jovens entrevistados reconhecem a existência de discriminação e preconceito contra aqueles que não são considerados atraentes e têm a percepção de que, apesar da mercantilização da beleza impulsionada pela mídia, a cirurgia plástica tem sim, como objetivo, proporcionar harmonia e bem-estar a pacientes portadores dos mais variados tipos de deformidades, resgatando a sua autoestima, devolvendo a sua imagem íntima e promovendo a reintegração do indivíduo ao seu grupo social, além de ser um recurso complementar aos exercícios físicos na correção de imperfeições corporais localizadas. Assim como Sarwer & Cash,<sup>26</sup> apontam que o grande benefício da cirurgia plástica estética é, naturalmente, psicológico e que ela não melhora somente a aparência individual externa, mas também a imagem do corpo internamente.

Ressaltamos que num estudo qualitativo não se visa à representatividade numérica, mas sim o aprofundamento da compreensão dos fatos, e destacamos que nossa pesquisa foi realizada com uma amostra de conveniência de adolescentes e adultos jovens candidatos à cirurgia plástica, o que limita o alcance de seus resultados. Outra restrição do estudo foi a condução dos grupos focais por pesquisadoras do sexo feminino, tendo em vista que homens são mais propensos a discutir suas preocupações da imagem corporal com outros homens.<sup>3</sup> Apesar dessas limitações, o estudo permitiu compreender as representações sociais da cirurgia plástica, e dos construtos nela envolvidos, na percepção da beleza entre adolescentes e adultos jovens que buscam procedimentos cirúrgicos estéticos.

## REFERÊNCIAS

1. Ashikali EM; Dittmar H; Ayers S. Adolescent girls' views on cosmetic surgery: A focus group study. *J Health Psychol* . 2014; 1-10. DOI: 10.1177/1359105314522677
2. Bernardini CH, Maia H. Representações Sociais de Professores sobre o Bullying. *Nuances: estudos sobre Educação*. 2009;16(17):169-82. Disponível em: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/327/363>
3. Bottamini G, Ste-Marie DM. Male voices on body image. *Int J Mens Health*. 2006; 5(2):109-32. DOI:10.3149/jmh.0502.109

4. Branco LM, Hilario MOE, Cintra IP. Perception and satisfaction with body image in adolescents and correlations with nutrition status. *Rev Psiquiatr Clín.*2006; 33(6): 292-6. DOI:org/10.1590/S0101-60832006000600001
5. Cash TF, Pruzinsky T. Future challenges for body image theory, research, and clinical practice. In: Cash TF, Pruzinsky T, editors. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002. p.509-16.
6. Chataignier G. Vintage: a cultura de segunda mão e o resgate cultural da memória brasileira. IN: Castilho K, Galvão D. (Org). *A moda do corpo e o corpo da moda*. São Paulo: Esfera; 2002. p. 9-22.
7. Powell KE, Paluch AE, Blair SN. Physical Activity for Health: What Kind? How Much? How Intense? On Top of What? *Annu. Rev. Public Health.* 2011. 32:349–65. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101151
8. Castro AL. Saúde e estética: a medicalização da beleza. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.*2011; 5(4):14-23. DOI: 10.3395/reciis.v5i4.553pt
9. Ferguson CJ; Munoz M E; Garza A; Galindo M. Concurrent and Prospective Analyses of Peer, Television and Social Media Influences on Body Dissatisfaction, Eating Disorder Symptoms and Life Satisfaction in Adolescent Girls. *J Youth Adolescence.*2014; 43:1–14. DOI 10.1007/s10964-012-9898-9
10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(1):17-27. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100003
11. Goetz ER, Camargo BV, Bertoldo RB, Justo AM. Representação social do corpo na mídia impressa. *Psicol. Soc.* 2008; 20(2): 226-36. DOI: 10.1590/S0102-71822008000200010
12. Goldenberg M. Nem toda brasileira é bunda: corpo e envelhecimento na cultura contemporânea. In: Casotti L, Suarez M, Campos RD, coordenadores. *O tempo da beleza: consumo e comportamento feminino, novos olhares*. Rio de Janeiro: SENAC Nacional; 2008, p.124-43.
13. Hakim, C. *Honey money: the power of erotic capital*. Penguin Books. 2011 369 p.
14. Hamermesh DS. *O Valor da Beleza - Por que as pessoas atraentes têm mais sucesso*. Elsevier:Campus; 2012. 216 p.
15. Humbert M, Chad KE, Spink KS, Muhajarine N, Anderson KD, Bruner MW, et al. Factors that influence physical activity participation among high- and low-SES youth. *Qual Health Res.* 2006; 16(4):467-83.
16. Larson K, Gosain A K. Cosmetic Surgery in the Adolescent Patient. *Plast Reconstr Surg.* 2012; 129(1):135e – 41e. DOI: 10.1097/PRS.0b013e3182362bb8



17. Leal V C, Catrib AM, Amorim RF, Montagner MA. O corpo, a cirurgia estética e a Saúde Coletiva: um estudo de caso. *Cienc saúde coletiva*. 2010;15(1):77-86. DOI: 10.1590/S1413-81232010000100013
18. Little, A. C., Burt, D. M., Perrett, D. I. What is good is beautiful: Face preference reflects desired personality. *Personality and Individual Differences*. 2006; 41(6):1107-18. DOI: 10.1016/j.paid.2006.04.015
19. Minayo MC, Njaine K. Violência na escola: identificando pistas para a prevenção. *Comunic, Saúde, Educ*. 2003; 7(13):119-34. DOI: 10.1590/S1414-32832003000200009
20. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(3):621-6. DOI: 10.1590/S1413-81232012000300007
21. Novaes, J. & Vilhena, J. De Cinderela a Moura Torta: sobre a relação mulher, beleza e feiura. *Interações*. 8(15): 9-36. Recuperado em 08 de junho de 2014, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-29072003000100002&lng=pt&tlng=pt..](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072003000100002&lng=pt&tlng=pt..)
22. Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. *The Adonis complex: the secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press; 2000.
23. Prichard I, Tiggemann M. Relations among exercise type, self-objectification, and body image in the fitness centre environment: the role of reasons for exercise. *Psychol Sport Exerc*. 2008; 9(6): 855-66. DOI:10.1016/j.psychsport.2007.10.005
24. Queiroz, R. S; Otta, E. A beleza em foco: condicionantes culturais e psicobiológicos na definição da estética corporal. In: Queiroz RS. (Org) *O corpo do Brasileiro - estudos de estética e beleza*. São Paulo: SENAC, 2000.
25. Ricciardelli LA, McCabe MP. Self-esteem and negative affect as moderators of sociocultural influences on body dissatisfaction, strategies to decrease weight, and strategies to increase muscles among adolescent boys and girls. *Sex Roles*. 2001; 44(3-4):189-207. DOI: 10.1023/A: 1010955120359
26. Sarwer DB, Cash TF, Magee L, Williams EF, Thompson JK, Roehrig M, et al. Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plast Reconstr Surg*. 2005; 115(3):931-8. DOI: 10.1097/01.PRS.0000153204.37065.D3
27. Serra GM A & SANTOS E M Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 8, nº 4, p. 691-701, 2003. DOI: 10.1590/S1413-81232003000300004
28. Costa R C, Gabriel DC, Costa MJC, Gonçalves Maria CR, et al. Repercussões sociais no hábito alimentar dos obesos. *Estud. psicol*. 2012; 29(4): 509-18. DOI:10.1590/S0103-166X2012000400006.

Artigo baseado na tese de doutorado de Silva MLA, intitulada: “Diretrizes para suspeição do transtorno dismórfico corporal em adolescentes e adultos jovens candidatos à cirurgia plástica estética”, apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro\Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, em 2014.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## 6 PREDITORES DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EM JOVENS CANDIDATOS À CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA (ARTIGO CIENTÍFICO)

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A cirurgia plástica estética tem se popularizado entre os jovens ultimamente, entretanto, enquanto a insatisfação com a imagem corporal possa motivar a busca pelos tratamentos cosméticos, desordens psiquiátricas caracterizadas por distúrbios da autoimagem, tal como o transtorno dismórfico corporal (TDC), podem estar presentes nesta população e passar despercebidas. Este estudo tem por objetivo reconhecer o grau de insatisfação com a aparência física, avaliar dados demográficos e refinar características clínicas do TDC, a fim de identificar os sintomas preditores deste transtorno em população de adolescentes e adultos jovens candidata à cirurgia plástica estética.

**MÉTODOS:** Estudo de coorte, longitudinal, prospectivo, realizado com 119 jovens, entre 13 e 25 anos, de ambos os sexos, candidatos à cirurgia plástica estética, no que diz respeito a dados demográficos e avaliação da imagem corporal e autoestima, distribuídos em dois questionários que foram preenchidos na véspera da cirurgia e repetidos no terceiro mês de pós-operatório.

**RESULTADOS:** O TDC foi suspeitado em 37% dos participantes com idade média de 20,7 anos, e destes, 98% sobrevalorizaram o defeito percebido enquanto 79,5% apresentaram percepções de autorreferência. Houve associação com os sintomas do TDC e comportamentos de inibição em situações sociais, situações públicas, atividades físicas e sexualidade, assim como pela busca de reasseguramento de preocupações com a aparência. Foi apontado que quando aumenta a frequência/gravidade dos sintomas de TDC, diminui a autoestima.

**CONCLUSÃO:** A preocupação medida pela frequência de pensamentos e sentimentos em relação ao problema na aparência física, e o prejuízo do funcionamento psicossocial, medido pela frequência de comportamentos de esquiva em situações públicas, sociais e, ainda, pelo grau de inibição em relação ao contato físico e atividades ao ar livre foram os melhores preditores de transtorno dismórfico corporal na população estudada.

**DESCRITORES:** Adolescente. Transtornos Dismórficos Corporais. Cirurgia Plástica. Autoestima. Imagem Corporal.

## **Predictors of body dysmorphic disorder in young aesthetic plastic surgery candidates**

### **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Aesthetic plastic surgery has recently become popular among young people. However, whereas having cosmetic treatments may be motivated by dissatisfaction with body image, psychiatric disorders, characterized by affected self-image, such as body dysmorphic disorder (BDD), may be present and pass unnoticed in this population. This study aims to recognize the degree of dissatisfaction with physical appearance, evaluate demographic data and refine the clinical characteristics of BDD, in order to identify predictive symptoms of this disorder in the population of adolescent and young adult candidates for aesthetic plastic surgery

**METHODS:** Longitudinal prospective cohort study with 119 young people aged between 13 and 25, of both sexes, candidates for aesthetic plastic surgery, concerning demographic data and evaluation of body image and self-esteem contained in two questionnaires to be completed just before surgery and three months after the operation.

**RESULTS:** BDD was suspected in 37% of patients, with a mean age of 20.7, of whom 98% over-evaluated the perceived effect, while 79.5% showed perceptions of self-reference. There was an association between BDD symptoms and inhibited behavior in social situations, public situations and in physical and sexual activity, as well as seeking reassurance for concerns with appearance. When the frequency/severity of BDD symptoms increased, self-esteem was shown to decrease.

**CONCLUSION:** The following were verified to be the best predictors of body dysmorphic disorder in the population studied: frequent feelings of worry concerning the problem in appearance, negatively affecting psycho-social relationships, added to avoiding public situations and also the degree of inhibition concerning physical contact and activity in the open air.

**DESCRIPTORS:** Adolescent. Body Dysmorphic Disorders. Plastic Surgery.  
Self- Esteem. Body Image.

## INTRODUÇÃO

Todo mundo experimenta preocupações sobre sua aparência física. Esta verdade torna-se mais evidente durante a adolescência, época em que a insatisfação com o corpo é uma característica marcante. Algumas pessoas, no entanto, podem se tornar excessivamente angustiadas, ansiosas e com tanta preocupação sobre a sua aparência, que começa a sofrer interferência em muitos aspectos da sua vida diária.<sup>23</sup> Estes medos exagerados e a variedade de pensamentos delirantes e comportamentos desajustados que os acompanham podem sugerir o aparecimento e desenvolvimento de uma condição psiquiátrica grave conhecida como transtorno dismórfico corporal (TDC).<sup>22</sup>

Como o próprio nome sugere, TDC é caracterizado por preocupações com falhas corporais percebidas na aparência física. Estas falhas são muitas vezes injustificadas, mínimas, ou inexistentes,<sup>8</sup> no entanto, os indivíduos com TDC acreditam sinceramente que eles são deformados em todos os sentidos da palavra. Como tal, eles tendem a experimentar ansiedade debilitante decorrente de temores de deformidade, inadequação e julgamentos por outros.<sup>23</sup>

TDC foi descrito pela primeira vez em 1886 pelo psiquiatra italiano Enrico Morselli.<sup>19</sup> Inicialmente chamado de "dismorfofobia", Morselli relatou que os pacientes experimentavam medos repentinos de deformidade (medo da feiura).<sup>21</sup> Janet em 1903 descreveu como "l'obsession de honte du corps" (obsessão com vergonha do corpo) e, em 1909, Emil Kraepelin descreveu-o como um mau funcionamento mental, referindo-se à dismorfofobia como hipocondria da beleza.<sup>14</sup> Apesar de sua relevância histórica, a dismorfofobia só foi oficialmente reconhecida como um membro dos transtornos somatoformes no Manual Diagnóstico e Estatístico<sup>2</sup> (DSM-III) em 1987,<sup>21</sup> quando o sufixo "fobia" foi retirado e o transtorno passou a ser chamado Transtorno Dismórfico Corporal. Embora a compreensão do TDC tenha crescido consideravelmente desde os primeiros trabalhos de Morselli, Janet e Kraepelin, muitos aspectos da doença continuam a ser relativamente desconhecidos e pouco estudados.

Embora seja uma condição psiquiátrica devastadora, muitas vezes, é desconhecida e mal compreendida, especificamente na população adolescente.<sup>1,27</sup> O desenvolvimento e manutenção do TDC têm importantes implicações para o adolescente no seu desenvolvimento pessoal e social.<sup>21</sup> Infelizmente, devido à natureza da sintomatologia, o TDC muitas vezes passa despercebido e não é

reconhecido entre professores, amigos, familiares e profissionais de saúde.<sup>20</sup> Embora geralmente comece na adolescência, suas características clínicas têm sido pouco investigadas nesta faixa etária.

Dado os seus efeitos negativos sobre o funcionamento psicossocial do adolescente, o entendimento das características do BDD é fundamental para melhorar o conhecimento, aceitação e cuidado, especialmente porque essa insatisfação com a aparência, muitas vezes, leva o adolescente a buscar na cirurgia plástica a solução para conflito entre a imagem corporal idealizada e a sua real autoimagem.<sup>18</sup>

Freqüentemente, quando o adolescente ou o adulto jovem solicita uma cirurgia plástica, o cirurgião tem dificuldades em decidir se deve ou não operar durante um período de rápido crescimento, desenvolvimento físico e grandes transformações biopsicossociais, cujos resultados cirúrgicos são incertos. Muitas vezes, decisões impulsivas e impensadas de correções estéticas podem induzir a sérios problemas psicológicos futuros, fundamentalmente por não atingir as expectativas imaginárias do paciente adolescente ou jovem.<sup>8</sup>

O TDC é pouco identificado pelos profissionais da área médica a quem primeiramente esses pacientes recorrem. Os profissionais tendem a responder a essas queixas através dos procedimentos cirúrgicos na tentativa de solucionar o problema, entretanto, o que se vê é o agravamento do mesmo, comprometendo a relação médico-paciente, pois nesses casos o profissional nunca conseguirá atingir as expectativas do paciente para um problema muitas vezes imaginário.<sup>23</sup> As cirurgias plásticas estéticas não solucionam problemas emocionais, menos ainda, defeitos imaginários concernentes a um transtorno de ordem psíquica.<sup>8,28</sup>

Esta pesquisa tem por objetivo reconhecer o grau de insatisfação com a aparência física, avaliar dados demográficos e refinar características clínicas do TDC, a fim de identificar os sintomas preditores do transtorno em população de adolescentes e adultos jovens candidata à cirurgia plástica estética, buscando auxiliar os profissionais de saúde, em especial, na prática da cirurgia plástica, na identificação deste transtorno na juventude.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **AMOSTRAS E PROCEDIMENTOS**

A amostra estudada originou-se dos pacientes adolescentes e adultos jovens recrutados, por ordem de chegada, no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, Brasil, entre janeiro de 2012 e abril de 2013. Os pacientes convidados para participar do estudo foram aqueles com idade entre 13 e 25 anos, de ambos os sexos, com escolaridade mínima equivalente ao ensino fundamental, cujas cirurgias eram procuradas exclusivamente por razões estéticas. Pacientes que decidiram se submeter à mamoplastia de aumento, otoplastia, rinoplastia, correção de ginecomastia, colocação de prótese glútea, colocação de prótese de peitoral, ninfoplastia, abdominoplastia, peeling mecânico e colocação de prótese de panturrilha foram incluídos no estudo. As pacientes de redução mamária também foram incluídas, uma vez que este tipo de cirurgia tem sido atribuído, pelo menos em parte, ser motivada cosmeticamente.<sup>16,27</sup> Os pacientes foram recrutados durante a consulta inicial no ambulatório, a qual geralmente ocorria algumas semanas antes da cirurgia. Os participantes foram convidados a assinar um termo de consentimento informado, e a oficialização de cada sujeito da pesquisa deu-se após a assinatura do mesmo. Em casos de participantes com idade entre 13 e 17 anos, os responsáveis também foram consultados, informados e firmaram o termo de consentimento livre e esclarecido específico. Os jovens, nesta faixa etária, por razões legais, necessitam da anuência de seus pais para participarem do projeto.

Foram excluídos da amostra mulheres grávidas, pacientes fora da faixa etária estabelecida e aqueles submetidos à cirurgia plástica reparadora.

Foram utilizados instrumentos de pesquisa distribuídos em dois questionários que foram preenchidos na véspera da cirurgia e repetidos no terceiro mês de pós-operatório. Estabeleceu-se um período de três meses após a cirurgia para a reavaliação, considerando-se as condições físicas necessárias para avaliação de resultado, e psicológicas relacionadas ao processo pós-operatório e retomada de suas atividades. O preenchimento do segundo questionário foi agendado previamente na primeira entrevista e seguiu os mesmos padrões do primeiro. O grupo foi operado por diferentes cirurgiões, com acompanhamento pós-operatório pelo responsável pela cirurgia.

O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto / UERJ, sendo registrado no CEP/HUPE sob o nº 2957/2011.

## INSTRUMENTOS

Inicialmente foi utilizado um roteiro semi-estruturado de entrevista para levantamento de dados sociodemográficos e de saúde. O primeiro questionário abordou, também, a cirurgia a ser realizada, os procedimentos estéticos prévios e os hábitos de beleza. Foram ainda aplicadas a versão brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination* – BDDE<sup>13</sup> (ANEXO A) e a Escala de Autoestima de Rosenberg<sup>12</sup> (ANEXO B), no pré-operatório e três meses após a cirurgia.

O *BDDE* é uma entrevista clínica semiestruturada, designada para a triagem do TDC e para medir a gravidade dos sintomas negativos da imagem corporal, e foi desenvolvido de acordo com os três critérios diagnósticos (A, B, C) do TDC, segundo o *DSM-IV-TR*<sup>TM</sup> (Quadro 1).

Quadro1 - Critérios Diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), segundo o *DSM-IV-TR*<sup>TM</sup>

A	Preocupação com um defeito imaginário na aparência. Se uma ligeira anomalia está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.
B	Preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes do indivíduo.
C	Preocupação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., insatisfação com a forma e o tamanho do corpo na anorexia nervosa).

Este questionário é composto por 34 questões, numa escala de zero a seis, sendo que o zero indica a ausência do fenômeno, nos trinta dias anteriores, entretanto, na existência do fenômeno, os escores de um a seis representam a frequência (número de dias presente) e a intensidade (baixa ou extrema).

O escore final corresponde à soma das respostas para todas as questões, com exceção das de números: 1, 2, 3, 22, 33, 34, que são resultado da observação clínica do entrevistador. A pontuação máxima das 28 questões do *BDDE* corresponde a 168 pontos. Escores superiores a 66 indicam grau de insatisfação



com a aparência física. Escores mais altos significam sintomas mais graves, uma vez que, o *BDDE* é uma medida quantitativa da gravidade dos sintomas do TDC.

De acordo com os critérios diagnósticos do TDC (Quadro 1), o grupo estudado foi dividido em dois subgrupos: pacientes que não apresentaram sintomas do TDC ( escore  $\leq 66$  no *BDDE*) e pacientes que apresentaram sintomas do TDC (incluídos nos três critérios diagnósticos e com escore  $> 66$  no *BDDE*). Os sintomas foram classificados segundo o nível de gravidade, em leves, moderados e graves e foram distribuídos em dois domínios: sentir e agir. A preocupação foi medida pela frequência de pensamentos e sentimentos (sentir). O prejuízo do funcionamento psicossocial (agir) foi medido pela frequência de comportamentos de esquiva em situações públicas, sociais e, ainda, pelo grau de inibição em relação ao contato físico e atividades ao ar livre.

Os sintomas do TDC foram considerados leves quando o paciente pontuava nos campos do sentir e do agir escores iguais ou inferiores a dois, podendo atingir pontuação máxima de 16 pontos; moderados, quando o paciente pontuava escores iguais ou inferiores a 4 podendo atingir pontuação máxima de 32 pontos. Nestes casos, os indivíduos, apesar de terem a qualidade de vida prejudicada, conseguiam realizar as suas atividades do cotidiano.

Os sintomas do TDC foram considerados graves, quando o indivíduo pontuava nos dois domínios (sentir e agir), escores superiores a 4, sendo o escore máximo 48, revelando inibição nas funções de decisão e de ação. Esta categorização dos sintomas do TDC em dois domínios, segundo o critério B (TDC/*BDDE*), baseou-se em estudos anteriores.<sup>11,28</sup>

A Escala de Autoestima de Rosemberg, com versão traduzida e com adaptação cultural para o Brasil,<sup>12</sup> instrumento de qualidade de vida, é a medida mais usada de autoestima<sup>4</sup> e foi incluída em ambos os questionários (pré e pós-operatório). Esta escala é constituída por 10 itens, com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Metade dos itens estão enunciados positivamente e a outra metade negativamente. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta (concordo plenamente=3, concordo=2, discordo=1 e discordo totalmente=0). Depois das devidas inversões, a média dos 10 itens nos dá a cotação da escala cuja pontuação total oscila entre 10 e 30; a obtenção de uma pontuação alta reflete uma autoestima elevada. Pontuações entre

15 e 25 estão dentro da normalidade; pontuações abaixo de 15 sugerem baixa autoestima.

## **ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS**

Inicialmente foram obtidas medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas (média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo). Para as variáveis qualitativas foram construídas tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%).

A significância estatística das comparações entre subgrupos foram avaliadas através do teste t de Student, Mann-Whitney, qui-quadrado e Teste Exato de Fisher, dependendo do tipo e distribuição da variável. O teste de Pearson avaliou a correlação entre as variáveis selecionadas.

Em todas as análises, utilizou-se o valor de 5% para significância estatística, sendo os valores entre 0,06 e 0,10 considerados de significância limítrofe.

Os programas estatísticos utilizados foram o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22 e o Microsoft Office Excel.

## **RESULTADOS**

Dos 133 pacientes que responderam ao questionário no pré-operatório, 119 (89,5%) completaram a segunda parte do estudo, submetendo-se ao questionário realizado no terceiro mês de pós-operatório. Comparando-se as duas amostras, os itens que permaneceram sem resposta pelos entrevistados (0,7%) foram considerados inválidos e levaram ao descarte do questionário. Entre os 119 participantes, 105 eram do sexo feminino (88%). A idade média dos pacientes foi de 20,6 anos (DP: 2,3 anos; faixa etária de 13 a 25 anos), conforme análise descrita na Tabela 1.

Todos os participantes do estudo eram originários da cidade do Rio de Janeiro, e 14 % deles, casados. A mamoplastia de aumento foi a cirurgia mais frequente, seguida da mamoplastia redutora (Tabela 1). Ambas representaram cerca de 2/3 dos procedimentos cirúrgicos. Todos os pacientes foram submetidos a apenas um procedimento cirúrgico, na internação a que se referia o estudo.

Tabela 1 - Perfil dos jovens e das cirurgias realizadas incluídos no estudo.

Características clínicas, demográficas e cirúrgicas	N	%	Média ± DP	Mínimo / máximo
Sexo				
Feminino	105	88		
Masculino	14	12		
Idade			20,4 ± 2,6	13 / 25
Estado civil				
Solteiros	102	86		
Casados	17	14		
Escolaridade				
2º grau	50	42		
3º grau incompleto	45	37,8		
3º grau	12	10,1		
1º grau	8	6,7		
2º grau incompleto	4	3,4		
Cirurgias realizadas				
Mamoplastia de aumento	48	40,3		
Mamoplastia redutora	30	25,2		
Rinoplastia	16	13,5		
Otoplastia	14	11,8		
Contorno corporal	11	9,2		

### 1) Transtorno Dismórfico Corporal

O transtorno dismórfico corporal foi suspeitado, a partir da análise do BDDE, em 37% dos participantes que pontuaram acima de 66 no questionário (n=44). Neste grupo, 11% dos pacientes apresentaram sintomas leves do TDC, enquanto 73% dos pacientes apresentaram sintomas moderados, e 16% apresentaram sintomas do TDC considerados graves, segundo a categorização estabelecida para este trabalho. Não houve associação entre a idade e o sexo dos pacientes e a presença de sintomas TDC ( $p= 0,43$  e  $0,58$ , respectivamente).

A idade média dos pacientes com sintomas sugestivos de TDC foi de 20,7 anos (DP: 2,4), enquanto a do grupo sem sintomas foi de 20,3 anos (DP: 2,7). Entre as mulheres a prevalência de TDC foi de 36%, contra 42% nos homens. Ambas as diferenças não foram estatisticamente significantes ( $p=0,42$  e  $0,56$ , respectivamente). Com relação ao estado civil, 40% dos pacientes com TDC eram solteiros contra 22% (n=4) casados, não existindo uma significância nesta diferença ( $p=0,125$ ).

O grau de preocupação e angústia em relação à aparência mostrou diferença estatística entre os pacientes estudados com e sem sintomas compatíveis com o diagnóstico de TDC. Assim, 98% dos pacientes com TDC sobrevalorizaram o defeito percebido e 79,5% apresentaram percepções de autorreferência contra 59% e 45%, respectivamente, nos pacientes sem TDC ( $p < 0,001$ ). Houve associação com significância estatística ( $p < 0,001$ ) entre alguns comportamentos de evitação e inibição (uso do espelho, situações sociais, atividade física, sexualidade), de checagem (comparação da aparência física com os outros, uso do espelho para verificação do defeito percebido) e a presença de sintomas do TDC. As variáveis de evitação de situações públicas, atividades físicas e estratégias de camuflagem também apresentaram diferenças estatisticamente significantes ( $p < 0,001$ ) com maior frequência entre os pacientes com sintomas da doença. Referindo-se à sexualidade, 49% dos pacientes do estudo relataram comportamentos de inibição em relação a esta variável. Este comportamento foi identificado em 82% dos pacientes com o transtorno contra 31% no grupo sem transtorno. Observamos ainda uma associação entre a busca de reassuramento de preocupações com a aparência ( $p = 0,01$ ) e a ocorrência dos sintomas do TDC.

Os dados sugerem uma diferença estatisticamente significativa entre os pacientes com sintomas de TDC e aqueles sem sintomas, em relação ao histórico de tratamentos estéticos ( $p = 0,055$ ), mas não para a realização de tratamentos cirúrgicos prévios ( $p = 0,72$ ). Cinquenta e cinco por cento dos pacientes com diagnóstico sugestivo de TDC ( $n = 65$ ) foram submetidos a procedimentos estéticos prévios (tratamentos odontológicos (22,7%), mesoterapia (14,3%), peeling químico (4,2%) e associações entre os procedimentos (13,4%).

Dos pacientes que completaram a segunda parte do estudo ( $n = 119$ ) no terceiro mês pós-operatório, submetendo-se novamente ao questionário para triagem do TDC, 11% ( $n = 13$ ) pontuaram escores acima de 66 no BDDE, indicando que ocorreu uma queda em relação aos 37% ( $n = 44$ ) apurados no pré-operatório. Estes 13 pacientes, ainda com sintomas do TDC, foram submetidos aos seguintes procedimentos cirúrgicos: colocação de prótese mamária ( $n = 6$ ), redução mamária ( $n = 4$ ), rinoplastia ( $n = 2$ ) e abdominoplastia ( $n = 1$ ). A idade média deles foi de 21,3 anos (DP: 2,2), enquanto a do grupo sem sintomas foi de 20,3 anos (DP: 2,6). Entre as mulheres a prevalência de TDC foi de 10% ( $n = 11$ ), contra 14% ( $n = 2$ ) nos homens. Com relação ao estado civil a prevalência da doença nos solteiros foi de

12%, enquanto 94% dos casados (n=17) não apresentaram sintomas da doença. Não foi observada significância nesta diferença (p=0,37).

Analisando-se as respostas ao questionário BDDE, no que tange às questões referentes ao sentir e agir, observamos que os pacientes que pontuaram escores acima de 66 no terceiro mês de pós-operatório, portanto, com sintomas do TDC apesar da cirurgia realizada, não apresentaram diferenças significativas entre os valores apresentados no pré-operatório e no pós-operatório (t (12) =1,81; p=0,26;  $\bar{x}$  pré-op.= 28,6;  $\bar{x}$  pós-op.=25). Os dados, entretanto, sugerem uma diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que pontuaram escore  $\leq$  66 no BDDE no pós-operatório (t (105) =6,6; p<0,001;  $\bar{x}$  pré-op.=12,7;  $\bar{x}$  pós-op.=8,4).

Os dados obtidos, no terceiro mês de pós-operatório, relativos ao grau de satisfação com a cirurgia realizada, indicam que 105 pacientes (88%) ficaram satisfeitos com o resultado final da cirurgia, atribuindo conceito bom ou excelente ao resultado alcançado. Dentre os pacientes que apresentaram sintomas do TDC no terceiro mês de pós-operatório, oito atribuíram à cirurgia realizada conceito bom e cinco, regular.

## 2) Autoestima

No pré-operatório, a análise e a quantificação do autorretrato que os participantes fizeram de si próprios na Escala de Autoestima de Rosenberg permitiu-nos estimar que 17% (n=20) dos pacientes estudados pontuaram escores abaixo de 15, indicando baixa autoestima. Os dados sugerem uma diferença estatisticamente significativa entre os pacientes com baixa autoestima e aqueles com autoestima normal, em relação ao sexo (p=0,05), mas não em relação à idade (p=0,62). A idade média dos pacientes com baixa autoestima foi de 20,8 anos (DP: 2,6), enquanto a do grupo com autoestima normal foi de 20,3 anos (DP: 2,6). Entre as mulheres a prevalência de baixa autoestima foi de 14%, contra 36% nos homens.

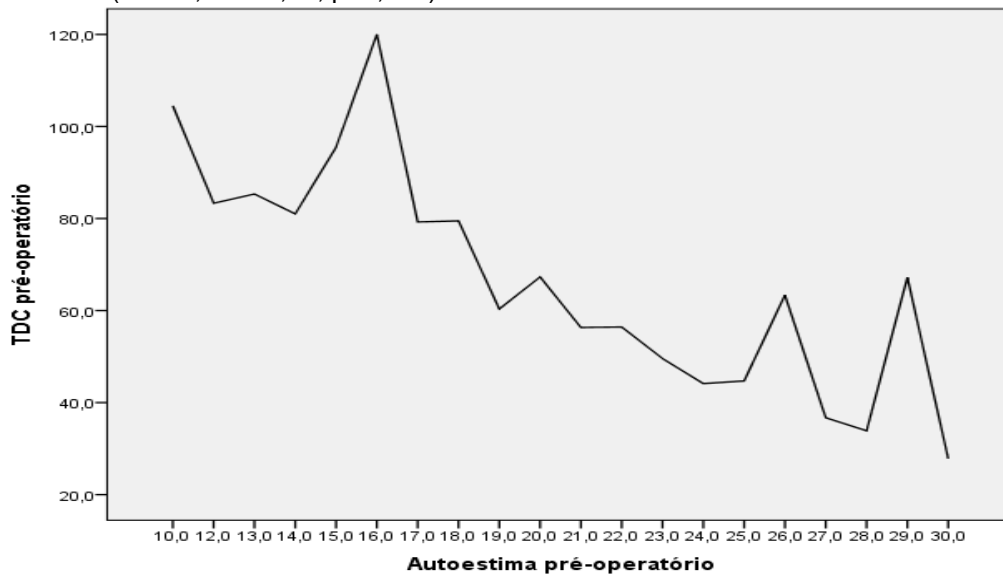
A comparação dos escores médios, obtidos na escala de avaliação da autoestima aplicada no pré-operatório, mostrou diferença estatística (p<0,001) entre os escores dos pacientes com sintomas do TDC ( $\bar{x}$ :18,5, DP:5,5) e os dos pacientes sem os sintomas da doença ( $\bar{x}$ : 23,1, DP:4,5). Na realização da mesma comparação no terceiro mês de pós-operatório, os dados também sugeriram uma diferença

estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre os escores dos pacientes com sintomas de TDC ( $\bar{x}$ : 15,8, DP:2,6) e os daqueles sem sintomas ( $\bar{x}$ : 24,8, DP:3,7).

### 3) Autoestima X TDC

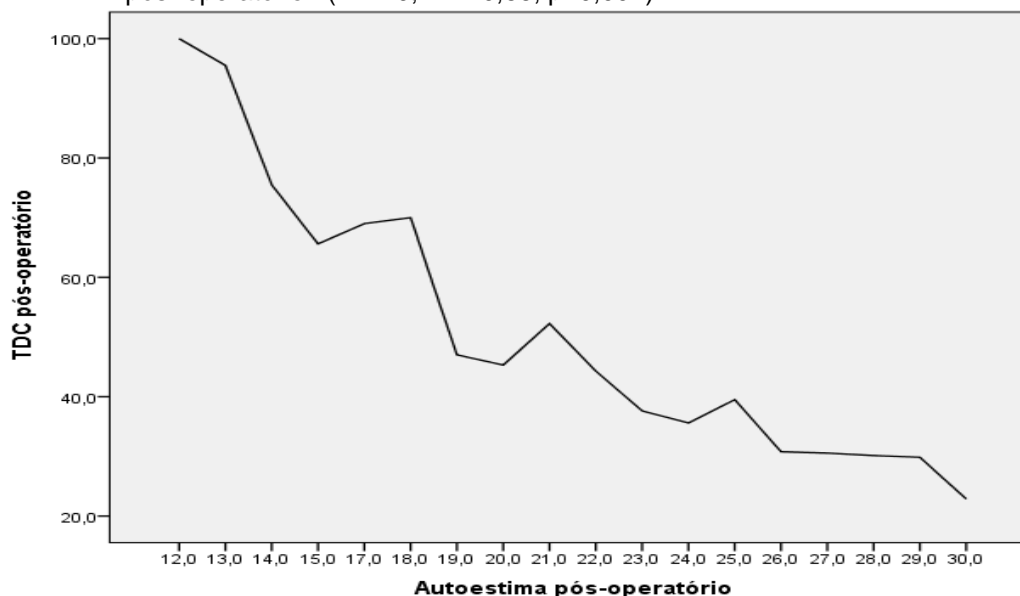
Ao analisarmos, no pré-operatório, a relação entre os escores apresentados pelos pacientes na avaliação do TDC e os apresentados na avaliação da autoestima, apuramos que existe um relacionamento negativo, imperfeito e moderado entre eles ( $r = -0,54$ ,  $p < 0,001$ ). Portanto, quando aumenta a frequência/gravidade dos sintomas de TDC, diminui a pontuação para autoestima (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Gráfico de linha mostrando correlação entre TDC e autoestima avaliada no pré-operatório ( $n=119$ ;  $r = -0,54$ ,  $p < 0,001$ ).



Ao considerarmos a avaliação do relacionamento entre TDC e autoestima, a partir dos dados obtidos no questionário realizado no terceiro mês pós-operatório, podemos inferir que o relacionamento entre as duas variáveis permanece negativo, imperfeito e mais forte ( $r = -0,66$ ,  $p < 0,001$ ). Portanto, quando a frequência/gravidade dos sintomas de TDC diminui, aumenta a pontuação para autoestima (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Gráfico de linha mostrando correlação entre TDC e autoestima avaliada no pós-operatório (n=119; r = - 0,66, p<0,001).



## DISCUSSÃO

Considerando-se que o objetivo do presente estudo não era o diagnóstico, mas a identificação precoce de sintomas do TDC, o protocolo desenvolvido para este estudo teve como objetivo avaliar grau de insatisfação com a aparência física, dados demográficos e refinar características clínicas dos sintomas do TDC, revelando aspectos epidemiológicos em população de adolescentes e adultos jovens candidata à cirurgia plástica estética em hospital universitário no Rio de Janeiro. As características clínicas pesquisadas incluíram: percepções de autorreferência, comportamentos de checagem, comportamentos de inibição e evitação de situações e estratégias de camuflagem. Desta forma, o padrão de déficits neurocognitivos (pensamentos com características obsessivas e tipos de comportamentos compulsivos) observados e avaliados nas variáveis clínicas, revelou os sintomas do TDC e definiu o perfil clínico da população estudada.

Vários trabalhos científicos tentam investigar e examinar a imagem corporal e a qualidade de vida por meio de diferentes instrumentos de avaliação.<sup>4,12</sup> Dentre os instrumentos direcionados à investigação dos aspectos mais subjetivos da imagem corporal, encontra-se o questionário *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), e, para a avaliação da qualidade de vida baseada em experiências sociais, a Escala de Autoestima de Rosenberg, utilizados na presente pesquisa. O BDDE,

ao medir as características clínicas desta população, assinalou o tipo de queixas da imagem corporal,<sup>13</sup> enquanto a escala de Autoestima de Rosenberg quantificou o autorretrato que a pessoa faz de si própria, baseada em seus relacionamentos sociais.<sup>12</sup>

A análise dos instrumentos de avaliação, utilizados para este trabalho, indica que uma importante característica deste grupo de estudo é a predominância de participantes do sexo feminino, representada principalmente na categoria das cirurgias das mamas (aumento e redução), correspondendo a 65,5% dos procedimentos cirúrgicos realizados. Embora o tempo de investigação tivesse afetado a diferença da casuística (n), sob o ponto de vista estatístico, não comprometeu os resultados do estudo. De acordo com estudos prévios, parece não haver diferença na incidência do TDC entre os sexos.<sup>8,9,20</sup> Algumas pesquisas mostraram maior frequência nas mulheres,<sup>10,30</sup> outras em homens,<sup>8,26</sup> no entanto, homens e mulheres apresentam similaridades quanto à maior parte dos aspectos clínicos e demográficos.<sup>1,21,22,31</sup> A proporção de participantes do sexo masculino que foi incluída no trabalho no período de um ano é baixa, em relação ao sexo feminino no mesmo período. Uma das hipóteses para esta pequena proporção de homens buscando cirurgia plástica poderia ser explicado pelo fato de que, em geral, os homens são menos insatisfeitos com sua aparência ou precisam de mais queixas relacionadas à aparência ou de problemas emocionais antes de buscarem a cirurgia plástica.<sup>32</sup> Assim, quando os homens vão em busca de uma cirurgia plástica, podem estar desproporcionalmente insatisfeitos com relação às suas aparências. Tem sido sugerido que os pacientes do sexo masculino que buscam a cirurgia plástica, em oposição às pacientes do sexo feminino, podem constituir um grupo psicologicamente mais problemático,<sup>30,32</sup> entretanto, os dados obtidos através deste estudo não confirmaram esta sugestão.

Como já referido, as diferenças entre os sexos não puderam ser assinaladas, uma vez que o grupo de pacientes do sexo masculino foi muito pouco expressivo em relação ao feminino, inviabilizando comparações estatísticas (não houve associação de significância estatística entre o sexo dos pacientes e a presença de sintomas do TDC). Não obstante, assim como na literatura,<sup>5,20, 21,28</sup> observou-se que os sintomas do TDC foram semelhantes em uma ampla gama de características clínicas, em ambos os sexos, sugerindo que as manifestações e especificidades do TDC, em cada um dos sexos, não afetaram o critério diagnóstico essencial deste transtorno.



De fato, no presente estudo, os dados revelam que, embora tenham sido identificadas diferenças em relação às proporções nas variáveis clínicas estudadas, a expressão de sintomas do TDC apresentou-se constante.

Em relação à distribuição da variável estado civil, identificou-se maior proporção de solteiros no grupo dos pacientes com sintomas do TDC, conforme também assinalado por outros pesquisadores,<sup>17,23</sup> o que pode relacionar-se a comportamentos de inibição e evitação do contato físico.

Este estudo mostrou que muitos domínios da imagem corporal, apontados no *Body Dysmorphic Disorder Examination*, foram negativamente afetados nos pacientes portadores de sintomas do Transtorno Dismórfico Corporal. Além disso, aqueles pacientes com sintomas mais severos de TDC e maior desilusão eram os menos satisfeitos com sua aparência e autoestima. Estes achados, relacionados com a aparência, são consistentes, e vão ao encontro de achados em estudos mais antigos.<sup>14,26</sup>

Os valores do BDDE (total médio e do BDDE > 66) obtiveram diferença estatística, revelando associação entre os sintomas do TDC e o grau de insatisfação com a aparência física entre os pacientes com pontuação acima de 66 e os com pontuação menor ou igual a este valor. O critério A (TDC/DSM-IV-TRTM) (Quadro 1) descreve a maioria dos indivíduos que procuram a cirurgia plástica, isto é, a classificação de uma característica, tida como normal, ou uma falha sobrevalorizada, é subjetiva, tanto para o paciente como para os cirurgiões.<sup>3,10,11</sup> Por outro lado, e considerando o critério B (TDC/DSM-IV-TRTM) (Quadro 1), os pacientes que desejam submeter-se à cirurgia plástica manifestam insatisfação com a imagem corporal, muito particularmente, com uma região específica do corpo.<sup>6,11</sup> Dessa forma, o grau de angústia e sofrimento pode variar e comprometer de maneira diferente a qualidade de vida de cada indivíduo, sendo, contudo, o critério mais importante para ser avaliado em pacientes de cirurgia plástica.<sup>11,28</sup> Este critério tem um efeito significativo na prevalência do TDC, já que a insatisfação e preocupação com a aparência são comuns e assumem condição normativa na população de uma forma geral.<sup>17</sup> Ele valoriza a preocupação medida pela frequência de pensamentos e sentimentos, neste perfil de pacientes, porém, nem sempre, a excessiva preocupação e angústia com a aparência física implicam em comportamento alterado,<sup>1</sup> conforme verificado neste estudo, ou seja, nem sempre o sofrimento é expresso de forma evidente no comportamento. Por outro lado, esta

característica, essencialmente subjetiva, pode influenciar e ser uma das causas de dificuldade de identificação e diagnóstico do TDC.<sup>27,28</sup> A observação desse fenômeno, nesta casuística, permitiu avaliar o grau de prejuízo da qualidade de vida dos pacientes e inferir sobre o grau de sofrimento, classificando-os em leves, moderados e graves. Acredita-se que indivíduos com TDC apresentam critérios de funcionalidade diferentes, com graus de sofrimento variáveis, revelando diferentes estágios de gravidade da doença.<sup>8,11</sup> Este aspecto dimensional dos sintomas do TDC foi igualmente referido por outros autores.<sup>11,23,20</sup>

Considerando o critério C (TDC/DSM-IV-TRTM) (Quadro 1), nem sempre preocupações em relação ao peso e à forma corporal, ou sentimentos de inadequação em relação à identidade de gênero, por exemplo, preenchem os critérios diagnósticos de anorexia nervosa, ou de transtornos sexuais e da identidade de gênero,<sup>22,23</sup> mostrando que entre os sintomas há similaridades e fronteiras muito pouco definidas.<sup>11</sup>

O sofrimento dos pacientes com sintomas de TDC, e que tiveram pontuação elevada nas questões que avaliaram o comportamento de evitação ou inibição do contato físico (critério B/BDDE), espelhou-se em outra medida — a sexualidade. A inibição sugere associar-se mais ao conceito de intimidade e, por não ser um comportamento diretamente abordado, poderá ser um indicador de insatisfação e sofrimento, quando a medida for a própria sexualidade, conforme identificado neste estudo. Desta forma, 60% dos pacientes que apresentaram sintomas compatíveis com o TDC revelaram que a sexualidade encontrava-se inibida em sua função, conforme descrito por outros autores.<sup>3,11</sup> Este dado mostra que a distorção da imagem corporal pode afetar e provocar uma relação alterada com o próprio corpo, cuja expressão pode ser a sexualidade, concordando com os achados de outros pesquisadores,<sup>11,20,22,23</sup> ao afirmarem que a percepção da imagem corporal afetava a vida emocional e, em última análise, a mudança do comportamento. De fato, obteve-se associação entre a presença dos sintomas do TDC e inibição da sexualidade. De acordo com relatos na literatura,<sup>23,26</sup> estes pacientes evitam o contato mais íntimo, por vergonha e constrangimento em relação às falhas percebidas, inibindo a possibilidade de relações sociais e afetivas, aspecto identificado neste estudo.

O grau de preocupação afetou a percepção do defeito físico que se revelou sobrevalorizado em 95,5% dos casos. Este dado revela uma característica, referida

na literatura,<sup>28,30</sup> comum em indivíduos que procuram procedimentos de cirurgia plástica, ao mostrar que o significado social da aparência física, cuja insatisfação pode ser corrigida por uma cirurgia plástica, interfere ou dificulta o reconhecimento do diagnóstico do TDC. Desta forma, a diferença entre a preocupação normal e o TDC pode ser uma questão de grau,<sup>11,29</sup> sendo o TDC uma continuação das preocupações normais com a aparência — diferenciando-se, quantitativamente, como uma versão mais grave da preocupação normal.<sup>23</sup> A angústia e os prejuízos afetivo e social representam o diferencial do TDC, em relação à preocupação normal com a aparência,<sup>1</sup> e que, neste estudo, permitiu classificar os sintomas em leves, moderados e graves, revelando critérios de funcionamento diferentes na população estudada.

A autoavaliação negativa, associada à aparência física, potencializou percepções de autorreferência. Além disso, o afastamento da vida afetiva e social sugeriu grau de vulnerabilidade psicológica e baixa autoestima nestes pacientes, portadores dos sintomas do TDC, identificado neste estudo e confirmado por relatos na literatura.<sup>7,11,24</sup>

Os pacientes responderam à extrema preocupação e angústia em relação à aparência física, com comportamentos de checagem (comparação com os outros, reassseguramento de preocupações, inspeção de áreas corporais e uso do espelho). O grau de preocupação também foi expresso nos comportamentos de evitação e inibição, observados na utilização do espelho, nas estratégias de camuflagem, ou mudanças de postura, para esconder ou desviar a atenção do defeito, na esquiva de situações públicas e sociais, do contato físico, ou de atividades ao ar livre. Todos estes comportamentos caracterizaram mecanismos de defesa que, de forma disfuncional e fóbica, procuraram prover e garantir segurança aos pacientes. Estes achados são consistentes com descrições na literatura,<sup>11, 8</sup> que sugerem tratar-se de uma forma de adaptação ao meio, em pacientes menos comprometidos por seus sintomas.

Cuidados pessoais excessivos (“*grooming behaviours*”) são particularmente procurados por pacientes com TDC, mostrando a importância dos cuidados de beleza, na satisfação com a aparência.<sup>8</sup> Neste estudo, entretanto, apesar do nível de insatisfação encontrado nos pacientes com sintomas do transtorno, não foi encontrada diferença significativa na busca por academia, ou outros procedimentos estéticos, entre estes pacientes e aqueles sem sintomas.

Em conformidade com trabalhos referidos na literatura,<sup>8,9,30</sup> a análise dos sintomas do TDC identificados nesta população denotou que, apesar de ser um transtorno mental comum, é ainda de difícil reconhecimento na prática médica. Ademais, mostrou a importância da imagem corporal na clínica da Cirurgia Plástica, uma vez que a insatisfação com a imagem corporal é uma das características essenciais do TDC, afetando tanto a avaliação da aparência física, como a da saúde e doença.<sup>28</sup> Este fato explica a sua relação estreita com a experiência da qualidade de vida, comprovado neste estudo, através da análise do resultado obtido na Escala de Autoestima de Rosenberg que revelou existir um relacionamento negativo entre a autoestima e o TDC, demonstrando que quando a frequência/gravidade dos sintomas de TDC diminui, aumenta a autoestima.

O desenvolvimento de novas pesquisas com métodos objetivos de avaliação de resultados e que, também, forneçam suporte à decisão do cirurgião plástico, é de fundamental importância, pois com o crescimento do número de indivíduos que buscam a cirurgia estética, cada vez mais cedo, a identificação de portadores de TDC será, em sua maioria, feita por cirurgiões plásticos e não por psiquiatras. Desta forma, quando estiver avaliando um paciente para a cirurgia plástica, o cirurgião deverá investigar melhor todos os domínios relacionados à aparência. Além disso, na decisão do cirurgião em realizar ou não o procedimento cirúrgico requisitado pelo adolescente, o uso de uma avaliação mais direcionada aos sintomas ligados aos domínios “sentir” e “agir” seria um preditor útil de insatisfação corporal e instrumento de ajuda muito importante, fornecendo informações ao cirurgião plástico sobre o “funcionamento” psicológico e social do paciente. Pela interpretação e compreensão desses achados, deveria ter em mente que o paciente com prejuízo do funcionamento psicossocial e com preocupação excessiva em relação à queixa física, talvez não seja um paciente adequado para ser submetido a um procedimento cirúrgico sem antes receber um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

Por esta razão, torna-se importante desenvolver mecanismos para identificar esta doença entre os pacientes e verificar se a cirurgia plástica seria indicada ou não para esse grupo. Além do mais, estudos prospectivos são necessários e importantes para a tomada de decisão dos cirurgiões plásticos e dos psiquiatras, quanto aos riscos e benefícios da cirurgia plástica em pacientes adolescentes com TDC. O desafio, entretanto, é obter a concordância deste paciente em visitar, em primeiro

lugar, um psiquiatra antes de ter realizado o seu desejo de se submeter a um procedimento cirúrgico estético.

Este estudo possui limitações. Nossa pesquisa foi realizada com uma amostra de conveniência de adolescentes e adultos jovens candidatos à cirurgia plástica estética, o que limita o alcance de seus resultados. Seria importante a realização de estudos epidemiológicos com adolescentes que tivessem histórico de tratamento de doença mental, para possibilitar uma comparação entre os preditores do TDC nesta população e na população de adolescentes da comunidade, por exemplo. Pesquisas adicionais são necessárias para suprir as limitações deste estudo, focando a busca dos sintomas do TDC em adolescentes de outras clínicas cirúrgicas, da comunidade, e em grupos raciais e sociais diferentes.

É importante a triagem do TDC na adolescência, porque é neste período que o transtorno geralmente começa, e também porque o TDC em adolescentes está associado com um funcionamento psicossocial pobre e uma baixa qualidade de vida, assim como uma alta taxa de pensamentos e tentativas de suicídio.<sup>24</sup>

## **CONCLUSÃO**

Esta pesquisa mostrou que o adolescente ou adulto jovem que busca um procedimento cirúrgico estético, provavelmente, sofrerá uma substancial modificação relacionada à aparência, quando portador de uma queixa realista. Neste estudo, a maioria dos pacientes que estava insatisfeita e vivenciou experiências problemáticas antes da cirurgia, pareceu melhorar após o procedimento cirúrgico, indicando que eles fizeram uma escolha certa ao se submeterem à cirurgia.

A preocupação medida pela frequência de pensamentos e sentimentos em relação ao problema na aparência física e o prejuízo do funcionamento psicossocial, medido pela frequência de comportamentos de esquiva em situações públicas, sociais e, ainda, pelo grau de inibição em relação ao contato físico e atividades ao ar livre, em decorrência do referido problema na aparência, de acordo com o nosso estudo, foram os melhores preditores de transtorno dismórfico corporal na população estudada.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Altamura C, Paluello MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and Subclinical Body Dysmorphic Disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2001; 251:105-108.
- 2 - American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, Text Revision; 2000.
- 3 - Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? *Am J Psychiatry.* 1977 Jun;134(6):673-6.
- 4 - Blascovich, J., and Tomaka, J. Measures of self-esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, and L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego: Academic Press, 1991. Pp. 115-160.
- 5 - Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike MA. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Res.* 2002 Jan 31;109(1):101-4.
- 6 - Buhlmann U, Teachman BA, Naumann E, Fehlinger T, Rief W. The meaning of beauty: implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord.* 2009 Jun;23(5):694-702.
- 7 - Cash TF & Pruzinky T. *Body Image – A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Publications; 2002
- 8 - Conrado LA. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. *An Bras Dermatol.* 2009; 84(6):569-81.
- 9 - Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118 (7):167e - 80e.
- 10 - Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Patient Safety: Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2008;112(4):1-15.
- 11 - De Brito MJA. Prevalência de sintomas do transtorno dismórfico corporal em população candidata à abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
- 12 Dini GM, Ferreira LM, Quaresma MR. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2004;19(1):41-52
- 13 - Ferreira LM, Jones A, Veiga FD, Natour J, Neto MS, Borges RTJ. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. *São Paulo Méd J.* 2008;126(2):87-95.
- 14 - Hay GG. Dysmorphophobia. *Br J Psychiatry.* 1970; 116(533):399-406.
- 15 - Hrabosky, J. I., Cash, T. F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E. A., Garner, D. M., Strachan-Kinser, M., Bakke, B., Clauss, L. J., & Phillips, K. A. Multidimensional body

image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image: An International Journal of Research*, 6, 155–163. 2009.

16 - Klassen, A., Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., et al. Patients' health related quality of life before and after aesthetic surgery. *Br. J. Plast. Surg.* 49: 433, 1996.

17 - Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of Body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr.* 2008 Apr;13(4):316-22.

18 - Larson K, Gosain AK. Cosmetic Surgery in the Adolescent Patient. *Plast Reconstr Surg.* 2012;129(1):135e – 41e.

19 - Morselli E, Jerome L. Dysmorphophobia and Taphephobia: two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. *Hist Psychiatry.* 2001; 12(45):103-14.

20 - Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic Aspects of Body Dysmorphic Disorder: A Literature Review. *Aesthet Plast Surg.* 2008; 32(3):473-84.

21 Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of Body Dysmorphic Disorder in Dermatology Patients. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 42(3):436-41.

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

23 - Phillips KA. The Presentation of Body Dysmorphic Disorder in Medical Settings. *Prim Psychiatry.* 2006; 13(7):51-9.

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

25 - Rosen CJ. The Nature of Body Dysmorphic Disorder and Treatment With Cognitive Behavior Therapy. *Cogn and Behav Pract* 2.1995;143-66.

26 - Rosen, J. C., & Rameriz, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 441–449.

27 - B- Sarwer, D. B., Bartlett, S. P., Bucky, L. P., et al. Bigger is not always better: Body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. *Plast. Reconstr. Surg.* 101: 1956, 1998.

28 - Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. An Investigation of Changes in Body Image following Cosmetic Surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(1):363-69.

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

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

31 - Veale D. Advances in a Cognitive Behavioural Model of Body Dysmorphic Disorder. Body Image. 2004;1:113-25.

32 - 24 - Wright MR The male aesthetic patient. Arch Otolaryngol Head Neck Surger 1987; 113:724-7.

Artigo baseado na tese de doutorado de Silva MLA, intitulada: “Diretrizes para suspeição do transtorno dismórfico corporal em adolescentes e adultos jovens candidatos à cirurgia plástica estética”, apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro\Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, em 2014.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

.



## 7 TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: CONTRIBUIÇÕES PARA O CIRURGIÃO PLÁSTICO (ARTIGO CIENTÍFICO)

### RESUMO:

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é uma doença psiquiátrica que pode ser encontrada com frequência no consultório do cirurgião plástico. Trata-se de uma desordem da imagem corporal, incapacitante social e profissionalmente, em que a pessoa tem preocupações devidas a defeitos mínimos ou inexistentes na aparência. Indivíduos com TDC apresentam medo de terem seus 'defeitos' percebidos, sentem vergonha, embaraço e desconforto ao se exporem fisicamente em atividades sociais, têm pensamentos de desilusão e desenvolvem rituais compulsivos, preocupações somáticas, busca por tratamentos cosméticos e resistência a intervenções psicológicas. Os pacientes com TDC estão convencidos de que a única maneira de melhorar sua autoestima é melhorando sua aparência. Frequentemente eles buscam a cirurgia cosmética ou outros procedimentos relacionados para melhorar seu aspecto "defeituoso", e podem consultar inúmeros médicos, especialmente cirurgiões plásticos, até encontrarem um profissional que realizará o procedimento desejado. No entanto, a cirurgia não cura essas imperfeições, muito pelo contrário, tem resultados pobres, e, pode gerar violência do paciente contra o cirurgião e piora de suas condições. O propósito desta revisão é descrever a patologia do TDC, seu desenvolvimento e tratamento, e sugerir algumas recomendações aos cirurgiões plásticos para sua prática diária a fim de facilitar o diagnóstico do transtorno e o manuseio do paciente, contribuindo para que o portador da desordem perceba a origem psíquica da maioria de suas preocupações com a aparência e aceite se submeter a um tratamento psicológico/psiquiátrico, evitando assim o procedimento estético desnecessário.

**Descritores:** Cirurgia Plástica. Imagem Corporal. Transtorno Dismórfico Corporal. Transtorno Somatoforme.

## ABSTRACT

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a psychiatric disease that can be frequently encountered in plastic surgeon clinic. It's a body image disorder, with limited social and vocational functioning, that involves patient's excessive concern with an imagined or slight defect in physical appearance. Persons with BDD exhibit fears of their "defects" being noticed, feel shame, impairment and distress when expose physical appearance during social situations, present thinking to desilusions and develop compulsive rituals, somatic preoccupation, cosmetic treatment seeking, and resistance to psychological intervention. Body Dysmorphic Disorder patients are convinced the only way to improve their self-esteem is improving the way they look. Frequently they seek cosmetic surgery and other related treatments to improve their "flawed" appearance, and may consult numerous physicians, especially plastic surgeon, until find a professional who will perform the desired treatment. However, surgery does not cure this imperfections, on the contrary, has poor outcomes, and can generate violence toward the surgeon and patient's condition worse. The purpose of this paper is to discribe the pathology of BDD, its development and treatment, and sugest some recommendations to plastic surgeons in their daily practice in order to make the diagnostic of disorder and the management of the patient easier, by contributing towards of the carriers disorder realize psychological sources of their appearance concern and accept to submit themselves a psychological/psychiatric treatment, thus avoiding unnecessary cosmetic procedures.

**Keywords:** Plastic Surgery. Body Image. Body Dysmorphic Disorder. Somatoform Disorder.

## **Transtorno Dismórfico Corporal: Contribuições para o Cirurgião Plástico**

A insatisfação com o corpo é muito comum nos dias atuais, e é conseqüente ao padrão cultural da sociedade contemporânea em que se hipervaloriza a beleza física, a juventude e a saúde. Entretanto, algumas pessoas desenvolvem uma preocupação excessiva com sua aparência, a ponto de sofrer considerável tristeza e incapacitação.

Embora os resultados de muitas cirurgias estéticas possam trazer uma melhora na autoestima pela correção de algum aspecto físico indesejável, elas não solucionam problemas emocionais, menos ainda defeitos imaginários concernentes a um transtorno de ordem psíquica. Nestes casos, a busca por intervenção cirúrgica estética não existe devido a uma insatisfação com a imagem corporal, mas decorre de uma condição psiquiátrica denominada Transtorno Dismórfico Corporal (TDC).

### **Transtorno Dismórfico Corporal (TDC)**

Embora o TDC seja pouco reconhecido pelos cirurgiões plásticos, ele tem sido descrito há mais de um século e relatado em todo o mundo.<sup>1,2</sup> Trata-se de uma das mais comuns doenças psiquiátricas presentes nas clínicas de cirurgia plástica.<sup>3</sup>

A tentativa de se conceituar as manifestações patológicas relacionadas à aparência física tem uma longa história.<sup>4</sup> Dismorfofobia, termo original para o TDC, foi descrito, inicialmente, por Enrico Morselli em 1886 (Gênova) e fazia referência ao medo da feiura.<sup>1,5</sup> Janet em 1903 (Paris) descreveu como “l’obsession de honte du corps” (obsessão com vergonha do corpo), Kraeplin em 1909 (Munique) o denominou “dysmorphophobic syndrome”, e pesquisadores japoneses de “shubokyofo”.<sup>6,1</sup>

Do ponto de vista etmológico, o termo “dysmorphophobia” deriva do grego “dysmorphia”, que significa “feiura”, particularmente em relação à face. No entanto, o transtorno não é caracterizado simplesmente pelo medo de ter um defeito físico, como o sufixo “phobia” pode sugerir. Além do mais, os pacientes manifestam o que pode ser descrito como uma polarização da atenção, com custo emocional, cujo foco é uma parte específica do corpo. O sujeito desenvolve repulsa por essa parte do

corpo, que causa interferência em diferentes graus nas relações com os outros e no seu funcionamento social.<sup>7</sup>

O primeiro artigo na língua inglesa sobre dismorfofobia foi publicado somente em 1970, e a essência da desordem foi explicada não como medo de tornar-se feio, deformado, mas como uma convicção irracional de ter se tornado anormal, acompanhada do temor da reação das outras pessoas.<sup>8,6</sup>

Apesar de haver sido descrito há mais de um século, o TDC não foi incluído, nos sistemas diagnósticos, até 1980.<sup>4</sup> Durante muito tempo, foi considerado sintoma de doenças psiquiátricas, tais como: a esquizofrenia, transtornos de humor ou transtornos de personalidade.<sup>6</sup>

Em 1987 o sufixo “fobia” foi retirado e o transtorno foi reconhecido como um distúrbio psiquiátrico distinto, e incluído no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*<sup>9</sup>, como *Body Dysmorphic Disorder* (Transtorno Dismórfico Corporal), uma das manifestações dos Transtornos Somatoformes, onde a patologia gira em torno de uma preocupação com um sintoma físico, de origem exclusivamente psicogênica.<sup>10,11,12</sup>

## **Causas do Transtorno Dismórfico Corporal**

O conhecimento das causas do transtorno dismórfico corporal contribui para o seu entendimento, diagnóstico e para diferenciá-lo de outras desordens mentais.

**Fatores genéticos:** dos indivíduos com o TDC, 8% tem algum membro da família com esse diagnóstico durante a vida, o que representa de 4 a 8 vezes a prevalência na população geral.<sup>2</sup> O TDC compartilha a hereditariedade com o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), como mostrou um estudo familiar, realizado por Feusner et al,<sup>13</sup> no qual 7% dos pacientes com o TDC tinham algum familiar de primeiro grau com TOC.<sup>10</sup>

**Fatores biológicos:** como outras desordens obsessivo-compulsivas o TDC resulta de um desequilíbrio neuroquímico, envolvendo principalmente a serotonina, a qual, fisiologicamente, atua mantendo idéias e pensamentos sob controle.<sup>14</sup> Lesões em regiões específicas do cérebro podem causar disfunção em muitas redes de

conexão cerebral e alterar o funcionamento de circuitos relacionados à fisiopatologia do transtorno dismórfico corporal, resultando em sintomas do transtorno e déficits neurocognitivos.<sup>13</sup> Estudos de neuroimagem estrutural e funcional em indivíduos com transtorno dismórfico corporal sugeriram uma assimetria do núcleo caudado e uma quantidade maior de substância branca no grupo portador de TDC quando comparado com o grupo controle.<sup>15,16</sup> Relatos de casos sugerem, entretanto, que o desenvolvimento do TDC também possa ter como gatilho patologias clínicas inflamatórias decorrentes de infecção estreptocócica, que iriam exacerbar os sintomas<sup>17</sup>, ou ainda, surgir, após lesão na região do lobo fronto-temporal.<sup>16</sup>

**Fatores psicológicos:** a teoria psicanalítica sugere que o TDC emerge de situações onde indivíduos ansiosos, perfeccionistas e tristes, são mais susceptíveis de desenvolver este transtorno.<sup>18</sup> A isto, tem que se acrescentar as experiências vividas, criando-se personalidades suscetíveis com baixa auto estima, insegurança, introversão, dificuldade para as relações interpessoais, tipos esquizóides (que são as pessoas de constituição mental em que se observa tendência à solidão, insociabilidade, introspecção e má adaptação à realidade exterior); tipos neuróticos (que são pessoas com um ou vários tipos de distúrbio emocional cuja característica principal é a ansiedade, e em que não se observam nem grandes distorções da realidade externa, nem desorganização da personalidade); neuroses, obsessões, pais críticos e severos e traumas infantis.<sup>10,19</sup>

## **Características Clínicas do Transtorno Dismórfico**

### **1 – Preocupação com a aparência :**

A principal característica do TDC é: "Preocupação com um defeito imaginário na aparência. Se uma discreta anormalidade está presente, a preocupação da pessoa é desproporcionalmente excessiva".<sup>9</sup>

Diferente de uma preocupação normal com a aparência, no TDC esta ocupa todo o tempo do indivíduo e causa uma tristeza significativa ou embaraços em situações sociais.<sup>6,10,20</sup>

Os critérios de diagnóstico para o TDC listados no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, são os seguintes: A) atenção excessiva a um defeito imaginário ou mínimo; B) esta preocupação pode causar grande

tristeza ou prejudicar o desempenho no trabalho ou nas atividades sociais; C) esta preocupação não é devida a presença de outra desordem psiquiátrica (Quadro 1).

Os pacientes com TDC podem, teoricamente, ficar angustiados com qualquer aspecto de sua aparência física, embora tenham aparência normal. Alguns pacientes relatam queixas vagas quanto à feiura, deformidades ou aparência estranha, e não podem localizar ou especificar a natureza do defeito.<sup>10,20</sup> Em contraste, outros apontam suas queixas para características físicas ou pequenos defeitos como nariz grande, boca torta, lábios finos ou grossos, cabelo fino, sobrancelha torta ou muito grossa ou muito fina, acne e cicatrizes.<sup>20</sup> Entretanto, outras partes do corpo também podem ser o foco de preocupação, como exemplo: as mamas, nádegas, pernas, quadris ou mesmo o tamanho geral do corpo ou de partes dele, como por exemplo, pênis pequeno.<sup>7,18,19, 21</sup>

Enquanto os pacientes homens focam suas angústias para os genitais, altura, músculos ou excesso de pelos corporais, as mulheres estão preocupadas principalmente com suas faces, mamas, quadris e pernas.<sup>22</sup> Embora uma notável característica do TDC seja a convicção da pessoa na existência (ou severidade) de um defeito físico, esta percepção distorcida é somente o primeiro passo em uma seqüência de eventos neste transtorno.

Quadro 1: Critérios de diagnóstico para o TDC listados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

<b>A</b>	ATENÇÃO EXCESSIVA A UM DEFEITO IMAGINÁRIO OU MÍNIMO
<b>B</b>	PREOCUPAÇÃO CAUSA GRANDE TRISTEZA OU PREJUDICA O DESEMPENHO NO TRABALHO OU NAS ATIVIDADES SOCIAIS
<b>C</b>	QUEIXAS NÃO PODEM SER CARACTERIZADAS COMO OUTRO TRANSTORNO MENTAL, TAL COMO A ANOREXIA NERVOSA

## **2 - Características cognitivas e afetivas :**

Pacientes com transtorno dismórfico corporal geralmente apresentam uma linguagem negativa em relação a sua aparência. Diferente da auto-percepção normal sobre a aparência física, o TDC envolve uma preocupação que consome o tempo, causa sofrimento e incapacidade ocupacional e social.<sup>10,18,20,21,23,24</sup> Embora isso possa ocorrer a qualquer momento do dia, a preocupação com a aparência é especialmente mais intensa em situações sociais, nas quais o portador de TDC se sente desconfortável e espera a qualquer momento ser avaliado por outra pessoa.<sup>3,20, 25</sup>

A maioria dos pacientes sofre de desilusão de referência, isto é, eles pensam que outras pessoas podem prestar atenção especial ao seu suposto “defeito” e fazer algum tipo de comentário depreciativo ou debochado.<sup>10,20,21,24</sup> Essa desilusão de referência leva a um estado de atenção que faz o paciente se sentir ansioso, embaraçado, e muito envergonhado, porque ele ou ela acredita que o “defeito” revelará alguma imperfeição pessoal. Esta preocupação pode ser exagerada, a ponto do paciente não somente se sentir embaraçado com a sua feiura, mas também ficar preocupado em causar repulsa e ofensa aos outros.<sup>14</sup>

Alguns portadores do transtorno mostram-se agressivos quando são impedidos de realizar seus comportamentos ou em situações estressantes.<sup>6</sup> A idéia de suicídio pode ser encontrada entre 55 a 71% dos pacientes e, eles podem, eventualmente, se tornar suicidas nos casos de gravidade extrema.<sup>5,10, 18, 24,25</sup> Cerca de 24 a 28 % dos pacientes portadores de TDC já tentaram suicídio, taxa mais alta que outras desordens mentais.<sup>10,21,24,26</sup>

### **3 - Comportamentos Compulsivos:**

Embora os comportamentos compulsivos não estejam incluídos nos critérios diagnósticos de TDC, que foram listados anteriormente, quase todos os portadores da desordem apresentam um ou mais comportamento repetitivo, compulsivo e/ou demorado.<sup>21,24</sup>

O objetivo geral de tais comportamentos é checar, melhorar ou esconder o “defeito”.<sup>20</sup> A autoconsciência disfuncional sobre o corpo faz com que a pessoa perca muito tempo em frente a espelhos e outras superfícies refletoras, tais como para-choques de automóveis e partes posteriores de colheres, contemplando sua imagem, focalizando principalmente no “defeito” que acredita ter.<sup>6,7,10,20</sup>

Vários tipos de comportamento para examinar o corpo, além de checar o “defeito” no espelho são comuns, tais como: lavar e escovar os cabelos repetidamente por horas ao longo do dia, comparar sua aparência com a de outras pessoas, e perguntar repetidamente a outras pessoas sobre a aparência do seu “defeito” para se tranquilizar. Como na compulsão, estes comportamentos são difíceis de resistir e, em alguns casos extremos, podem resultar em gasto de muitas horas ao longo do dia.<sup>3,10,19,20, 21,25</sup>

Muitos pacientes com TDC empenham-se em evitar atividades sociais, por acreditarem que as pessoas prestam atenção no seu “defeito”.<sup>20</sup> Uma pequena parte

se afasta do convívio social e se torna reclusa em casa, saindo somente à noite, quando necessário, para evitar a exposição pública.<sup>4,6, 7,25</sup>

A maior parte dos pacientes, entretanto, é capaz de exercer, no mínimo, uma limitada vida social e profissional, usando artifícios para evitar uma total exposição de sua aparência durante uma aparição em público, seja através do uso de roupas, maquiagem, óculos escuros, penteados, ou modificando a postura corporal ou os movimentos no intuito de esconder o “defeito”.<sup>4,10</sup> A camuflagem com roupas ou movimentos é um clássico comportamento compensatório em pessoas com deformidades reais ou exageradas.<sup>6,20</sup>

Alguns comportamentos tais como a manipulação da pele ou dos cabelos parece ser importante no TDC.<sup>6</sup> Esses comportamentos são complexos e tornam-se patológicos (escoriações patológicas ou tricotilomania) dependendo do seu foco, da duração e da extensão dos problemas resultantes. Algumas vezes, para evitar parecer pálido, alguns pacientes bronzeiam-se em excesso, a ponto de queimar severamente sua pele.<sup>7,10</sup> Embora esses comportamentos sejam considerados “auto-injúria”, os pacientes com TDC não têm a intenção de se machucar. Seu desejo é tentar melhorar a aparência da pele.<sup>7,10, 19, 26</sup>

Vale ressaltar que em muitos casos onde os portadores de TDC buscam nas outras pessoas palavras tranqüilizadoras em relação à sua aparência física<sup>20</sup>, existe o risco deste comportamento, quando alcança uma frequência elevada, criar conflitos no relacionamento conjugal e familiar, por gerar uma demanda grande em cima daqueles que estão a sua volta (mais de 70% dos pacientes nunca se casaram).<sup>3,6,25</sup>

Outro aspecto bastante importante do TDC é que por acreditarem que melhorando seu aspecto físico melhorarão sua autoestima, estes indivíduos se engajam em iniciativas como tratamentos de beleza para a pele ou para o cabelo, redução de peso, tratamento dentário e cirurgia cosmética.<sup>4,10,20,21,25</sup> Esta última apresenta uma ressalva: como em alguns casos a anomalia realmente não existe, mesmo com as cirurgias, os pacientes continuam insatisfeitos com sua aparência. Não é rara uma peregrinação do portador de TDC por diversos profissionais, principalmente os cirurgiões plásticos, que, no entanto, não conseguem corrigir os supostos defeitos.<sup>5</sup> O Quadro 2 apresenta uma lista de sinais indicadores de TDC em pacientes que procuram cirurgia plástica cosmética.



Quadro 2: Sinais Indicadores de TDC em Pacientes de Cirurgia Plástica Cosmética

Aparência do defeito físico não é observado ou é mínimo
Preocupação transtornada com a aparência
Desconforto e preocupação com a aparência em situações públicas
Excessiva importância dada à aparência na auto-avaliação
Auto-avaliação negativa atribuída à aparência
Aflição quando a aparência é notada por outros
Evita atividades devido ao desconforto com a aparência
Excessivas solicitações de cirurgias plásticas
Insatisfação com cirurgias plásticas prévias
Esperança de que uma cirurgia estética resolverá todos os problemas
Desilusão de referência
Excessivo uso de maquiagem, camuflagem com roupas ou movimentos
História de sintomas recorrentes de depressão, ansiedade e idéias suicidas

#### 4 - Características Demográficas:

Estima-se que 1 a 3 por cento da população geral sofra de TDC.<sup>7,25</sup> No cenário da cirurgia plástica esta desordem apresenta-se com prevalência acima da população geral, sendo diagnosticada em 7 a 15 por cento dos pacientes que procuram cirurgia.<sup>5, 10,13</sup>

O Transtorno Dismórfico Corporal, em geral, é uma doença que tem origem na adolescência, época em que o indivíduo está mais preocupado com a autoimagem e com a vida social, embora existam relatos da sua ocorrência na infância.<sup>10,25,27</sup> A idade média de início é aos 17 anos, porém, os pacientes podem sofrer por até onze anos antes que procurem tratamento específico.<sup>4,10,18</sup> Pode ocorrer um segundo pico de incidência, somente em mulheres, durante a menopausa.<sup>4,22</sup>

Embora não seja definitivo, parece não haver diferença entre os sexos.<sup>3</sup> Alguns estudos mostraram maior frequência nas mulheres,<sup>3,18</sup> outros em homens.<sup>6, 7,18</sup> No entanto, homens e mulheres apresentam similiaridades quanto a maior parte dos aspectos clínicos e demográficos.<sup>11,18, 21, 28</sup>

#### 5 - Curso da doença:

O início é gradual, e os pacientes, a princípio, podem apresentar preocupações aceitáveis com a aparência. De modo súbito a crise inicial pode ser precipitada por algum fato traumático como por exemplo, uma mudança de

residência para longe que acarrete uma alteração na vida social ou o término de um relacionamento afetivo.<sup>13, 20, 25</sup>

As remissões espontâneas são raras. A melhora pode decorrer de tratamento psicoterápico, ao contrário das intervenções cirúrgicas que freqüentemente exacerbam os sintomas.<sup>7,18,25</sup> O seu curso é crônico e a sua gravidade é variável.<sup>24,26</sup>

### **Diagnóstico Diferencial**

O Transtorno Dismorfico Corporal é classificado como uma desordem somatoformica<sup>9</sup>, onde a patologia gira em torno de uma preocupação com um sintoma físico, de origem exclusivamente psicogênica.<sup>12</sup> Entretanto, esta classificação é controversa, pois muitos especialistas, atualmente, defendem que o TDC deveria ser considerado uma desordem do espectro obsessivo-compulsivo ou do espectro afetivo.<sup>24,28</sup> Frequentemente pacientes com transtornos somatoformicos buscam tratamentos extensos, resultando em longas histórias médicas e cirúrgicas.<sup>9</sup>

O TDC tem um forte paralelismo com a Hipocondria. As duas patologias envolvem um defeito corporal que é exagerado e não decorre de uma anormalidade orgânica. Em ambas, pensamentos a respeito do defeito provocam ansiedade, que o paciente tenta aliviar buscando palavras de conforto e verificando constantemente o seu defeito. Os indivíduos com TDC procuram por todos os lados os tratamentos de beleza, enquanto os hipocondríacos utilizam em excesso os serviços médicos, em busca de um diagnóstico ou cura.<sup>6,7,23</sup>

Algumas características do TDC são semelhantes em alguns portadores de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Em 12 a 15 % dos casos existe comorbidade entre o TDC e o Transtorno Obsessivo Compulsivo.<sup>2,7,12, 25</sup> A diferença entre esses pacientes reside no fato de que o sujeito que tem TDC apresenta uma obsessão e compulsão com a sua aparência e não com ordens ou impulsos inaceitáveis, comuns naqueles com TOC.<sup>6,23,24</sup>

Os Transtorno Alimentares parecem, relativamente, comuns, em indivíduos com TDC.<sup>7</sup> A insatisfação com o peso e a forma do corpo é frequente na atualidade, mas são diagnosticadas como TDC somente se o defeito é imaginário ou exagerado e está acompanhado por preocupação e tristeza incapacitantes. A preocupação com o peso e a forma que ocorrem durante o curso de bulimia ou anorexia não são diagnosticadas separadamente como TDC.<sup>6,10,24</sup>

Pacientes com Fobia Social e com TDC compartilham uma patologia similar. Ambos sofrem profundos sentimentos de vergonha e constrangimento, têm medo de parecerem estranhos ou tolos para os outros, e se empenham em evitar situações que possam chamar atenção para sua imperfeição.<sup>5,7,19</sup>

Estas comparações com outras desordens são muito úteis porque a patologia do TDC não é bem entendida. Entretanto, nenhuma desordem obsessiva compulsiva, fobia social, transtorno alimentar ou hipocondria tem a patologia essencial do TDC: uma desordem da imagem corporal.<sup>4,7,10,24</sup>

## **Tratamento**

### **1 - Cirurgia Cosmética:**

O típico paciente com TDC não procura um psicoterapeuta ou um psiquiatra, mas um cirurgião plástico, justamente pela crença patológica que o defeito físico é seu real problema.<sup>6</sup> A cirurgia cosmética para a melhora da imagem corporal, neste caso, está fadada ao fracasso, porque não existe uma deformidade real e a cirurgia não pode curar preocupações que sempre mudam com a aparência.<sup>7</sup>

O mais recomendado é não operar o paciente com TDC.<sup>5</sup> O resultado é quase sempre pouco produtivo<sup>20</sup> e gera insatisfação no paciente que pode levar a sentimentos de revolta e até mesmo violência contra o cirurgião.<sup>18</sup> Em mais de 80% dos casos a situação psicológica do sujeito se desestabilizará com a cirurgia ou ele encontrará novos defeitos.<sup>25</sup>

Existem três grupos de indivíduos que buscam tratamentos cirúrgicos estéticos. O primeiro grupo inclui pacientes sem deformidades e com expectativas irreais. Tais sujeitos são reconhecidos facilmente, e o diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal deve ser considerado. Nestes casos, o paciente deve ser orientado no sentido de fazê-lo compreender que fatores emocionais podem estar interferindo no olhar para seu próprio corpo e serem a causa de sua insatisfação e sofrimento. Esta compreensão é necessária para motivá-lo a aceitar a ajuda de um profissional de saúde mental.<sup>20</sup>

O grupo oposto consiste de indivíduos com deformidades corrigíveis e com expectativas realistas, e também identificado claramente. A correção cirúrgica nestes casos pode ser oferecida.

A dificuldade maior é lidar com grupo intermediário de pacientes que são portadores de deformidades mínimas e corrigíveis, porém, com comportamento e expectativas inadequados.<sup>3</sup> Nestes indivíduos, sentimentos como excessiva tristeza e preocupação com a aparência física não indicam, necessariamente, alterações patológicas de comportamento. Estes sintomas são inerentemente subjetivos e podem interferir com o diagnóstico de TDC. Estes pacientes podem ser portadores de características subclínicas do TDC que mascaram o diagnóstico do transtorno.<sup>3,4,6,7,28</sup> Eles são verdadeiros desafios sob o ponto de vista cirúrgico, e o cirurgião plástico terá que decidir a indicação da cirurgia e deverá ser extremamente crítico quando aceitar operá-lo. Tais candidatos ao procedimento estético precisam ter esta indicação reavaliada obrigatoriamente pelo menos uma vez no período pré-cirúrgico.

Uma segunda consulta é aconselhável, especialmente para aqueles que solicitam rinoplastia secundária, um tipo de cirurgia comum entre os portadores de deTDC.<sup>25</sup> O cirurgião poderá considerar a correção cirúrgica solicitada somente se o indivíduo apresentar um comportamento adequado na segunda avaliação clínica. É recomendável que tais pacientes recebam intenso suporte psicológico, caso a cirurgia ocorra.<sup>20</sup>

## **2 – Farmacoterapia:**

A mais promissora farmacoterapia parece ser a partir do uso dos inibidores da recaptção da serotonina (Serotonin Reuptake Inhibitors – SIR : clomipramina e fluoxetina - Prozac, Paxil, Celexa, Lexapro, Zoloft, Anafranil e Luvox). São os antidepressivos mais comumente usados. São também as melhores drogas para ansiedade, ataque de pânico, comportamento obsessivo compulsivo e desordens alimentares.<sup>4,7,10,19, 20, 21</sup>

As SIRs são particularmente efetivas porque focam na redução do pensamento obsessivo ( p. ex.: “ Eu não posso parar de pensar sobre minhas acnes horríveis”), do comportamento compulsivo (p. ex.: examinar-se no espelho, camuflagem) e da depressão.<sup>21,23,25</sup>

Os pacientes freqüentemente ficam preocupados com a possibilidade da medicação alterar sua personalidade e transformá-los em ‘zumbi’. Entretanto, os indivíduos que melhoraram com o uso das SIRs referem que se sentem como eles

mesmos outra vez – a maneira como costumavam ser – ou da maneira que gostariam de se sentir.<sup>6,7,25</sup>

### **3 – Psicoterapia:**

De uma maneira geral, os sintomas psicológicos e a auto-estima apresentam alguma recuperação com a Terapia Cognitivo- Comportamental (TCC).<sup>7,20, 21,24,25</sup> Neste tipo de tratamento, é dada uma nova forma ao TDC através de mudanças de pensamento acerca de sua aparência física. O paciente é desestimulado a buscar defeitos no próprio corpo e incentivado a diminuir a importância das características físicas.<sup>6,10</sup> Ele é levado a ver seu aspecto melhorado através de uma linguagem positiva, a reduzir os comportamentos de “enfeitar-se” ou examinar-se continuamente, a ser capaz de se contemplar em espelhos em shoppings e vitrines, sem que veja sua imagem distorcida.<sup>7,18,20</sup> Por fim, com a TCC o sujeito é estimulado a não buscar palavras tranquilizadoras em conversas com outras pessoas, a aceitar elogios e, quando houver a presença de um “defeito” real, a enfrentar o estigma social.<sup>6</sup> Com isso, estará lidando diretamente com os pensamentos distorcidos, com os erros cognitivos e também elaborando os comportamentos inapropriados, os substituindo por outros mais adequados.<sup>6, 10,18, 20, 21</sup>

Outros tipos de terapia psicológica podem ser utilizados, como, por exemplo, a psicanálise, dependendo do grau do comprometimento psicológico do paciente com TDC e as limitações sociais e relacionais que provoca em seus portadores. Deve-se levar em conta também a própria escolha do paciente pela linha de tratamento em saúde mental e a disponibilidade de profissionais preparados para receber este tipo de demanda.

### **Sugestões Práticas para o Cirurgião Plástico**

Para possibilitar o planejamento de uma estratégia de tratamento com maior potencial de sucesso, alguns pontos precisam ser discutidos durante a abordagem do paciente portador de Transtorno Dismórfico Corporal:

1) É importante fornecer ao paciente informações sobre o transtorno e orientações a respeito dos sinais e sintomas psíquicos como um acréscimo profilático à medicação.<sup>10,19, 20</sup>

- Sugere-se dizer ao indivíduo que ele aparenta ter um problema de imagem corporal denominado Transtorno Dismórfico Corporal, e que este transtorno é uma desordem conhecida, que muitas pessoas têm, e o mais importante: é tratável. É muito importante, nesse momento, não menosprezar nem minimizar as preocupações do paciente com a aparência, pois o sofrimento deles é real e pode aumentar.<sup>20</sup>

- Estimular no paciente a leitura de material didático, referente ao TDC, por meio de livros para leigos ou websites.

- A inclusão da família nas informações e orientações sobre TDC pode ser útil.

2) Geralmente é ineficaz tentar dissuadir o paciente das suas preocupações ou fazê-lo parar ou alterar seu comportamento compulsivo e afetivo.<sup>19, 20</sup>

- Estes indivíduos estão convencidos de sua aparência inadequada e a tentativa do cirurgião de convencê-lo do contrário tende a ser infrutífera.<sup>20</sup> A exceção ocorre com uma minoria de pacientes que reconhece estar aumentando suas deformidades fora de proporção ou que pensam não estar realmente tão mal. Com estes, é útil reforçar que esta visão está correta. Em geral, é mais interessante focar na tristeza e na baixa autoestima que os problemas com a aparência estão causando, do que na sua aparência propriamente dita.<sup>20</sup> Este foco pode facilitar o encaminhamento para um profissional de saúde mental. Outra estratégia recomendada é perguntar ao paciente o que ele pensa que seja a causa de seus problemas e a realização de uma anamnese clínica que permita conhecê-lo de forma global. É aconselhável recolher uma história minuciosa, dando destaque ao indivíduo e não em seus sintomas e oferecendo-lhe chance de expor seus sentimentos. A doença muitas vezes é uma escapatória a uma situação de conflito ou aparece pela necessidade de ser cuidado. Deve-se perguntar como está o funcionamento dos outros órgãos do corpo, assim como a vida pessoal e relacional, com quem vive, o que faz nas horas de lazer, fontes de prazer e de tristeza. Isso pode facilitar a compreensão por parte do paciente da necessidade de tratamento psicológico.

3) É melhor evitar procedimentos estéticos.<sup>10,19</sup>

- Embora na literatura científica haja uma insuficiência de dados referentes aos resultados de tratamentos cirúrgicos no TDC, e não obstante ninguém possa prever como um determinado paciente responderá a tal tratamento, o que se tem de informações até o momento leva a crer que tais procedimentos são fadados ao fracasso e podem, inclusive, piorar as condições do paciente.<sup>1,5,7,10,18,20</sup> Em alguns casos, estes tratamentos precipitam psicoses, comportamento suicida ou violência.<sup>25</sup> É recomendado dizer ao paciente que por ser portador do TDC, existe uma preocupação de que fique insatisfeito com o resultado da cirurgia, podendo inclusive, piorar a sua angústia.<sup>20</sup>

- Também é melhor evitar tentar acalmar o paciente fazendo pequenos procedimentos cirúrgicos, pois este tipo de abordagem pode não ser bem sucedida, e até mesmo desastrosa.<sup>7</sup>

4) Encaminhar o paciente para tratamento com um psiquiatra.<sup>19</sup>

- Ao invés de encaminhar o paciente para outro cirurgião, o mais sensato é encaminhá-lo para um psiquiatra a fim de se iniciar o tratamento medicamentoso.<sup>25</sup> Daí a importância da orientação a respeito dos sintomas psíquicos.

Quando o profissional de saúde oferece um espaço de escuta atenta às questões emocionais e identifica algumas causas, permite ao paciente compreender que há sentimentos vinculados a seus sintomas. Esta atitude torna mais provável a aceitação da necessidade de se submeter a tratamento psiquiátrico e psicoterápico.

- Se o paciente resiste ao encaminhamento por acreditar que seu problema é físico e não psicológico, destacar-se o potencial do tratamento psiquiátrico para diminuir os sintomas pode facilitar a sua aceitação para visitar um psiquiatra.<sup>20</sup>

- Nos casos em que há preferência pela psicoterapia ao invés do tratamento medicamentoso, é aconselhável, se possível, encaminhá-lo para um profissional familiarizado com o TDC.

- Se o paciente está severamente deprimido ou com idéias suicidas, a farmacoterapia a partir do uso dos inibidores da recaptação da serotonina está totalmente indicada.<sup>10, 20, 26</sup>

## **Conclusão**

Enquanto algum grau de insatisfação com a imagem corporal é comum entre muitos indivíduos, aqueles com extrema insatisfação com a aparência podem estar sofrendo de uma desordem psiquiátrica chamada de Transtorno Dismórfico Corporal (TDC). Esta desordem somatoformica tem uma longa história, mas somente nos últimos anos sistemáticas investigações vêm tornando este transtorno melhor reconhecido e compreendido. É uma condição mais comum entre as pessoas interessadas em procedimentos estéticos do que na população geral. Infelizmente, tratamentos cirúrgicos ou minimamente invasivos não apresentam resultados positivos nos sintomas da desordem. Pelo contrário, em alguns casos, tais tratamentos precipitam psicoses, comportamento suicida ou violência direcionada ao cirurgião. Por esta razão o TDC é considerado uma contraindicação aos procedimentos cosméticos. Portanto, é de extrema importância que os cirurgiões plásticos estejam habilitados em identificar os pacientes subclínicos ou com queixas que sinalizem a presença de TDC.

As clínicas de cirurgia plástica são locais privilegiados para identificação precoce de TDC e os profissionais podem e devem contribuir para a redução do sofrimento destes pacientes auxiliando-os a compreender que a origem de suas insatisfações com o corpo é de natureza psíquica e não física. Por outro lado, a identificação de um TDC previne que uma cirurgia plástica seja realizada desnecessariamente e que problemas futuros possam ocorrer em consequência deste procedimento, tanto para o paciente (piora de sua imagem corporal) quanto para o cirurgião, quando ocorrem atitudes violentas contra ele.

## **Referências:**

- 1 . Morselli E, Jerome L. Dymorphophobia and Taphephobia: two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. *Hist Psychiatry*. 2001; 12:103-14.
- 2 . Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA , et al. The Relationship of Obsessive Compulsive Disorder to Possible Spectrum Disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry*. 2000;48:287- 93.
- 3 .Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body Dymorphic Disorder and Cosmetic Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118 (7):167e - 80e.



- 4 . 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;32 (3):473-84.
- 5 . Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. Body Dysmorphic Disorder in Cosmetic Surgery Patients. *Facial Plast Surg*. 2003; 19(1):7-18.
- 6 . Rosen CJ. The Nature of Body Dysmorphic Disorder and Treatment With Cognitive Behavior Therapy. *Cogn and Behav Pract* 2.1995;143-66.
- 7 . Conrado AL. Transtorno Dismórfico Corporal em Dermatologia: Diagnóstico, Epidemiologia e Aspectos Clínicos. *An Bras Dermatol*. 2009; 84(6):569 – 81.
- 8 . Hay GG. Dysmorphophobia. *Br J Psychiatry*. 1970; 116:399-406.
- 9 . American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994. p. 468.
- 10 . Ross J, Gowers S. Body Dysmorphic Disorder. *Adv Psychiatr Treat* , 2011; 17:142-49.
- 11 - Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of Body Dysmorphic Disorder in Dermatology Patients. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:436-41.
- 12 . Brunoni AR. Transtornos mentais comuns na prática clínica. *Rev Med*. 2008; 87(4):251-63.
- 13 . Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S. The Pathophysiology of Body Dysmorphic Disorder. *Body Image*. 2008;5:3-12 .
- 14 . Slaughter JR, Sun AM. In Pursuit of Perfection: A Primary Care Physician's Guide to Body Dysmorphic Disorder. *Am Fam Physician*. 1999;60:1738–42.
- 15 . Rauch SL, Phillips KA, Segal E, Makris N, Shin LM, Whalen PJ et al. A Preliminary Morphometric Magnetic Resonance Imaging Study of Regional Brain Volumes in Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatry Res*. 2003;122(1):13–9.
- 16 . Gabbay V, Asnis GM, Bello JA, Alonso CM, Serras SJ, O'Dowd MA. New Onset of Body Dysmorphic Disorder Following Frontotemporal Lesion. *Neurol*. 2003;61:123-5.
- 17 . Mathew SJ. PANDAS Variant and Body Dysmorphic Disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158:963.
- 18 . Veale D. Advances in a Cognitive Behavioural Model of Body Dysmorphic Disorder. *Body Image*. 2004;1:113-25.
- 19 . Buhlmann U, Marques L M, Wilhelm S. Traumatic Experiences in Individuals With Body Dysmorphic Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200(1):95-8.

- 20 . Veale D. Cognitive-behavioural Therapy for Body Dysmorphic Disorder . Adv. Psychiatr. Treat. 2001;1:125:32.
- 21 . Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. Prim psychiatry. 2007; 14(12): 58–66.
- 22 . Perugi G, Akiskal HS, Gianotti D. Gender-related Differences in Body Dysmorphic Disorder (dysmorphophobia). J Nerv Ment Dis. 1997;185(9):578-82.
- 23 . Simeon D., Hollander E., Stein DJ. Body Dysmorphic Disorder in the DSM-IV Field Trial for Obsessive-compulsive Disorder. Am J Psychiatry.1995;152(8):1207-9.
- 24 . Phillips K, Kaye W. Relationship of Body Dysmorphic Disorder and Eating Disorders to Obsessive Compulsive Disorder. In: Hollander E, Zohar J, Sirovatka PJ, Regier DA, eds . Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2011. 1ª Edition. p 33-56.
- 25 . Jakubietz M, Jakubietz RJ, Klos DF, Gruenert JJ. Body Dysmorphic Disorder: Diagnoses and Approach. Plast Reconstr Surg. 2007;119(6):1924-30.
- 26 . Phillips KA.The Presentation of Body Dysmorphic Disorder in Medical Settings. Prim psychiatry. 2006;13(7):51-9.
- 27 . Albertini RS, Phillips KA. Thirty-Three Cases of Body Dysmorphic Disorder in Children and Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.1999;38(4): 453-9.
- 28 . Altamura C, Paluello MM, Mundo E,Medda S, Mannu P. Clinical and Subclinical Body Dysmorphic Disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.2001; 251:105-108.

Artigo baseado na tese de doutorado de Silva MLA, intitulada: “Diretrizes para suspeição do transtorno dismórfico corporal em adolescentes e adultos jovens candidatos à cirurgia plástica estética”, apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro\Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, em 2014.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## 8 DISCUSSÃO

O Brasil ocupa o segundo lugar no *ranking* mundial de realização de cirurgias plásticas.<sup>10</sup> Embora esta informação aponte para um número de cirurgias plásticas representativo, poucas pesquisas estão disponíveis sobre o tema, especialmente, no que diz respeito à faixa etária da adolescência. Durante a puberdade, o adolescente vivencia rápidas e substanciais mudanças na sua aparência e, algumas vezes, demonstra insatisfação com seus novos traços físicos. A combinação de imagem corporal comprometida, baixa autoestima e rápidas mudanças físicas pode ser o fator precipitante que irá lançar o jovem em direção ao procedimento cirúrgico estético.<sup>28</sup> Atualmente, a cirurgia plástica é a maneira através da qual se obtém resultados mais imediatos para alcançar o padrão corporal desejado.

O adolescente, que se submete à cirurgia plástica e tem maturidade física e emocional para entender as limitações do procedimento estético e as complicações que podem ocorrer, experimenta uma rápida reorganização da sua autoimagem, com mudanças positivas no seu comportamento e nas relações interpessoais.<sup>5,35</sup> A presente pesquisa permitiu demonstrar que o adolescente ou adulto jovem, que busca um procedimento cirúrgico estético, provavelmente sofrerá uma substancial modificação relacionada à aparência, quando portador de uma queixa realista, ao contrário do paciente com expectativas fantasiosas quanto ao resultado.

Neste estudo, a maioria dos pacientes que estava insatisfeita e vivenciou experiências problemáticas antes da cirurgia, pareceu melhorar após o procedimento cirúrgico, indicando que eles fizeram uma escolha certa ao se submeterem à cirurgia. Houve um evidente progresso na autoestima e na imagem corporal, inclusive naqueles pacientes que inicialmente apresentavam sintomas de TDC na investigação pré-operatória. Portanto, a cirurgia plástica é um excelente meio para recuperar a autoestima e a autoimagem, desde que essa percepção corporal não esteja distorcida internamente, entretanto, questionamos se a cirurgia é a solução dos problemas diários que os adolescentes vivenciam em relação à imagem corporal.

Por outro lado, o aumento em popularidade da cirurgia plástica estética tem ampliado também o interesse nos aspectos psicológicos que envolvem a busca pelo procedimento cirúrgico. Muito tem sido pesquisado sobre o relacionamento entre imagem corporal e cirurgia cosmética.<sup>55</sup> Enquanto algum grau de insatisfação com a

imagem corporal é comum entre muitos adolescentes, aqueles com extrema insatisfação com a sua aparência indicam a possibilidade da presença do transtorno dismórfico corporal como fator decisivo na busca da cirurgia plástica.<sup>44,43,2</sup>

O diagnóstico de TDC no paciente candidato à cirurgia plástica cosmética pode ser difícil de ser estabelecido por diversas razões. Primeiro, muitas pessoas que solicitam um procedimento cirúrgico estão interessadas em corrigir pequenos defeitos na aparência ou, por outro lado, melhorar traços normais. Além disso, o cirurgião plástico é treinado para identificar e corrigir pequenos (assim como os maiores) defeitos na aparência. Existe também uma subjetividade em julgar uma característica como normal ou “corrigível” que possa mais tarde complicar o discernimento na identificação do transtorno. Pode ser muito difícil para o cirurgião plástico distinguir entre o paciente que é “perfeccionista” daquele com TDC. Desta maneira, o primeiro critério diagnóstico do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais poderia potencialmente abranger a maioria das pessoas que busca tratamentos para melhorar sua aparência.

Em adição, pode ser difícil aplicar o segundo critério do TDC na população que busca tratamento cirúrgico cosmético. Como referido acima, algum grau de insatisfação com a imagem corporal é tipicamente visto em pessoas que frequentam os consultórios de cirurgiões plásticos.<sup>48,12</sup> Entretanto, assim como outros pesquisadores,<sup>2,14,55</sup> acreditamos que o grau de angústia e comprometimento funcional possam ser os mais sensíveis indicadores de transtorno dismórfico corporal nos pacientes da clínica cirúrgica estética. Por exemplo, um indivíduo que tenha abandonado os estudos ou perdido o emprego por causa de preocupações com sua aparência, provavelmente, se enquadrará nos critérios para o TDC, entretanto, uma pessoa que refira a alguma situação específica relacionada à sua autoconfiança por causa da aparência, mas tem uma vida funcionalmente apropriada em outras áreas de sua vida, não tem TDC.

Nessa mesma direção, o presente estudo demonstrou que muitos domínios analisados da imagem corporal foram negativamente afetados nos pacientes portadores de sintomas do TDC, e aqueles com maior pontuação no escore do BDDE apresentaram maior severidade nas queixas e maior insatisfação com suas aparências. Da mesma forma, os sintomas mais severos de TDC foram correlacionados com escores mais pobres na escala de autoestima de Rosenberg.

São achados consistentes com estudos descritos na literatura realizados com amostra maior de participantes.<sup>8,50</sup>

Reportando-se ao questionário semidirigido para o TDC, utilizados neste estudo, e lembrando que escalas não fazem diagnósticos, apenas fazem um rastreamento, funcionando como triagem e fornecendo ao profissional dados objetivos do paciente, poderíamos eleger as perguntas de avaliação dos sintomas ligados aos domínios “sentir” (preocupação) e “agir” (esquiva e inibição) como os instrumentos de filtro ou diretrizes para a avaliação de um paciente que busca cirurgia plástica, e criar um guia auxiliar para a triagem do TDC.

Utilizando-se este guia auxiliar, uma resposta positiva referente à preocupação com o problema na aparência, associada a uma resposta positiva ao afastamento de situação pública ou social, ou de contato físico, permitiria a tomada de decisão sobre a conduta com o paciente em apenas um encontro, e seria a indicação para o cirurgião plástico aplicar, em seguida, o questionário completo do BDDE. Pela interpretação e compreensão dos resultados, deveria ter em mente que o paciente com prejuízo do funcionamento psicossocial e com preocupação excessiva em relação à queixa física talvez não seja um paciente adequado para ser submetido a um procedimento cirúrgico sem antes receber um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Desta forma, quando estiver avaliando um paciente para a cirurgia plástica, o cirurgião deverá investigar melhor todos os domínios relacionados à aparência. Além disso, na decisão do cirurgião em realizar ou não o procedimento cirúrgico requisitado pelo adolescente, o uso de uma avaliação mais direcionada aos sintomas ligados aos domínios “sentir” e “agir” seria um preditor útil de insatisfação corporal e instrumento de ajuda muito importante, fornecendo informações ao cirurgião plástico sobre o “funcionamento” psicológico e social do paciente.

Aspecto que reveste de grande interesse a pesquisa do TDC no cenário da cirurgia plástica, em busca da identificação precoce dos seus portadores, reside no fato de estudos prévios<sup>11, 44,41</sup> indicarem que os tratamentos que visam a melhora da aparência não resultam em qualquer melhora na severidade dos sintomas do transtorno. Relatos na literatura<sup>54</sup> sugerem que o procedimento cirúrgico pode exacerbar, em vez de diminuir, a insatisfação com a imagem corporal. Neste sentido, destaca-se que, contrariamente ao descrito na literatura de que as pacientes submetidas à mamoplastia de aumento ou redutora apresentam substancial melhora

na imagem corporal no pós-operatório,<sup>54</sup> os resultados aqui expostos apontaram que das 13 pessoas participantes desta pesquisa, que apresentaram sintomas do TDC no terceiro mês de pós-operatório, as pacientes submetidas à mamoplastia (aumento /redução) representaram 77% do total. Este achado merece uma exploração adicional no futuro.

O desenvolvimento de novas pesquisas, com métodos objetivos de avaliação de resultados e que, também, forneçam suporte à decisão do cirurgião plástico, é de fundamental importância, pois com o crescimento do número de indivíduos que buscam a cirurgia estética, cada vez mais cedo, a identificação de portadores de TDC será, em sua maioria, feita por cirurgiões plásticos e não por psiquiatras. O desafio, contudo, será conseguir a concordância deste paciente em visitar, em primeiro lugar, um psiquiatra antes de ter realizado o seu desejo de se submeter a um procedimento cirúrgico estético. O cirurgião, todavia, poderá considerar a correção cirúrgica solicitada, se o indivíduo apresentar um comportamento adequado após a avaliação clínica especializada realizada por psiquiatra. Primeiramente, é preciso conduzir o indivíduo a um reencontro com a sua própria personalidade, seu próprio eu, antes do encontro com o bisturi. O bem-estar do ser humano é a preocupação fundamental do médico.

Com relação à compreensão das falas dos sujeitos dos grupos focais realizados, observamos que algumas características da contemporaneidade, tais como o corpo como um bem de consumo, a preocupação excessiva com o corpo, o poder da mídia na definição de padrões de beleza e de saúde, estiveram no discurso, tanto dos estudantes quanto dos jovens que buscam cirurgia estética.

Outro aspecto importante no presente estudo foi a análise das discussões dos grupos que expressou a ideia sugestiva de que indivíduos que se consideram inferiores em atração física são mais propensos a considerar a cirurgia plástica como uma alternativa do resgate de seu traço físico. Vale destacar que este pensamento é consistente com trabalhos referidos na literatura.<sup>28,7</sup>

Nosso estudo aponta, também, que os estudantes e pacientes entrevistados têm a percepção de que a mídia constrói modelos de beleza difíceis de serem alcançados. E, apesar de tentar segui-los, demonstraram opinião própria e moderação ao condenar os excessos da busca do ideal de beleza. Reconheceram a existência de discriminação e preconceito contra aqueles que não são considerados atraentes. Nesse sentido, houve unanimidade nas ideias de todos os grupos focais,

tanto dos estudantes quanto dos candidatos à cirurgia, de que a obesidade e o sobrepeso são incompatíveis com o modelo de beleza feminino ou masculino e apontou a existência de exclusão social direcionada àqueles que vivenciam este problema.

Esses resultados podem ser utilizados na construção de programas de prevenção e intervenção com adolescentes a fim de evitar o desenvolvimento de distúrbios com a imagem corporal e os comportamentos de risco associados à saúde. Discussões sobre o tema padrão de beleza e influência da sociedade de consumo na construção deste merecem ser fomentadas entre adolescentes e jovens. Os fatores socioculturais, tais como a promoção do corpo feminino fantasiosamente magro, ou turbinado pelo uso de próteses de mamas têm recebido insuficiente atenção nas propostas de prevenção dos distúrbios alimentares.

Ressaltamos que, no estudo qualitativo, não se visa a representatividade numérica, mas sim, o aprofundamento da compreensão dos fatos e conhecimento da variabilidade de aspectos existentes sobre o tema em estudo. Destacamos como limitação o fato de nossos interlocutores terem sido oriundos das classes sociais de menor poder aquisitivo, pois o estudo foi realizado com pacientes de hospital público e estudantes de escolas públicas. A percepção da clientela das instituições privadas pode ser diferente. Outra restrição do estudo foi a condução dos grupos focais por pesquisadoras do sexo feminino, tendo em vista que homens são mais propensos a discutir suas preocupações da imagem corporal com outros homens.<sup>12</sup>

Apesar dessas limitações, o estudo permitiu a identificação dos construtos que compõem o conceito “padrão de beleza” e das suas repercussões nesses grupos sociais, o que lança luz sobre o espectro de questões de saúde associadas à imagem corporal e contribui para o entendimento de problemas de saúde advindos destes construtos.

## CONCLUSÕES

Os dados de nosso estudo nos leva a concluir que a forma através da qual o indivíduo sente e age diante de um problema de aparência pode levar à suspeição de um transtorno dismórfico corporal naqueles que procuram se submeter à cirurgia plástica. Para avaliarmos estas formas de sentir e de agir, construímos um *checklist* exposto no Quadro 3 abaixo, com diretrizes para suspeição do TDC em adolescentes e adultos jovens candidatos à cirurgia plástica estética. Este guia poderá ser útil para cirurgiões plásticos na consulta inicial de um paciente que deseje se submeter a um procedimento estético cirúrgico para triar os casos suspeitos e que precisariam preencher o questionário BDDE para caracterização diagnóstica do TDC.

Quadro 3 - Guia auxiliar para triagem do TDC na primeira consulta de avaliação para cirurgia plástica estética.

EM DECORRÊNCIA AO SEU PROBLEMA DE APARÊNCIA:		SIM	NÃO
S E N T I R	1. Você se sente triste, desestimulado ou chateado?		
	2. Você se preocupa quando está em áreas públicas como lojas, supermercados e ruas?		
	3. Você se preocupa quando está em locais sociais com colegas de trabalho, conhecidos, amigos ou membros da família?		
	4. Você fica chateado(a) quando sente que as pessoas notam ou estão prestando atenção?		
A G I R	1. Você tem evitado ir a lojas, supermercados, ruas, restaurantes ou outras áreas onde estejam principalmente pessoas que você não conhece?		
	2. Você tem evitado trabalhar, ir à escola, festas, reuniões familiares ou outras situações sociais com amigos, parentes, ou conhecidos?		
	3. Você tem evitado contato físico com outras pessoas, incluindo relação sexual, como também outro contato íntimo como abraçar, beijar, ou dançar?		
	4. Você tem evitado atividades físicas como exercício ou recreação ao ar livre?		



Em relação aos dados qualitativos do estudo, elencamos abaixo as principais conclusões:

- 1) Dentre os principais fatores que motivam a busca pela cirurgia plástica estética nos jovens, podemos enumerar os seguintes: alcançar os padrões de beleza disseminados pela mídia; melhorar a condição da autoestima; alcançar uma apresentação favorável e sedutora; buscar inclusão social, visando ganhar um novo corpo social e redefinir sua sociabilidade; melhorar o preparo para uma vida profissional mais competitiva; pressão social ou por parte de um grupo; desejo de melhorar o seu papel social; insatisfação com traços ou partes do corpo. Um dos motivos facilitadores para esta busca por cirurgia plástica pelos jovens reside nas condições acessíveis que o mercado disponibiliza neste procedimento, como por exemplo, no aspecto financeiro, onde existem clínicas que fazem uma espécie de crediário na hora do pagamento, e a grande facilidade que os clientes encontram em se submeter à cirurgia, com o retorno rápido às suas atividades;
- 2) A procura de adolescentes e adultos jovens por cirurgias plásticas e tratamentos estéticos é determinada pelo interesse cada vez mais precoce desses indivíduos em alcançar bem estar físico através de uma aparência compatível com os padrões de beleza retratados pela mídia na sociedade contemporânea;
- 3) A cirurgia plástica estética ajudou os jovens submetidos a este procedimento a se sentirem mais confortáveis e completos no papel social que adotaram, resgatando a sua autoestima, devolvendo a sua imagem íntima e promovendo a reintegração do indivíduo ao seu grupo social. É vista como um meio eficaz de inclusão social que resulta no crescimento da autoestima, maior vaidade e autoconfiança;
- 4) As percepções de adolescentes candidatos e não candidatos à cirurgia plástica estética sobre os padrões atuais de beleza física indicam que o corpo masculino tido como ideal foi relatado como sendo magro, moderadamente musculoso e alto. O corpo feminino idealizado foi o esbelto, curvilíneo e de estatura mediana. A aparência física exerce grande influência na vida dos jovens, pois a beleza deixou de ser algo que diz respeito apenas ao físico, e representa também aspectos do caráter e da personalidade do indivíduo. O feio é visto como fraco,

sem obstinação e incapaz de assumir a responsabilidade sobre o seu próprio corpo. O belo associa-se ao sucesso profissional e sentimental. Existe a expectativa geral de que pessoas bonitas sejam capazes e bem sucedidas. Os indivíduos não atraentes são discriminados, gerando marginalização, isolamento e exclusão social;

- 5) As principais influências sobre a imagem corporal a que os adolescentes e adultos jovens estão submetidos na sociedade contemporânea decorrem, principalmente, do bombardeio de mensagens lançadas pela mídia de massa, das pressões sociais ou da opinião dos pares, nos grupos sociais em que estão inseridos. A opinião dos pares exerce maior influência sobre os homens, ao passo que os modelos exibidos na mídia atingem mais facilmente as mulheres, apesar de serem considerados utópicos e inatingíveis. Em relação ao modo como ver e viver o corpo, a mídia estipula modelos de beleza que são absorvidos pela sociedade como um padrão a ser imitado.

## REFERÊNCIAS

1. Algars M, Santtila P, Varjonen M, Witting K, Johansson A, Jern P, Sandnabba NK. The adult body: how age, gender, and body mass index are related to body image. *J Aging Health*. 2009;21(8):1112-32.
2. Altamura C, Paluello MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and Subclinical Body Dysmorphic Disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001; 251:105-108.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, Text Revision; 2000.
4. Backes DC, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*. 2011;35(4):438-42.
5. Barros RR. Cirurgia plástica na adolescência. *Adolescência & Saúde*. 2007; 4(1): 45-7.
6. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, *et al*. The Relationship of Obsessive Compulsive Disorder to Possible Spectrum Disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry*. 2000; 48(4):287- 93.
7. Branco LM, Hilario MOE, Cintra IP. Perception and satisfaction with body image in adolescents and correlations with nutrition status. *Rev Psiquiatr Clín*. 2006; 33(6):292-6.
8. Cash TF & Pruzinky T. *Body Image – A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Publications; 2002.
9. Castilho SM. *A Imagem Corporal*. Santo André: ESETec Editores Associados; 2001.
10. Cirurgia plástica [Internet]. *Veja on-line*. 2013 jan 24 [acesso em 2014 maio 28]. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/brasil-ocupa-2a-posicao-em-numero-de-cirurgias-plasticas-esteticas-no-mundo>.
11. Conrado LA. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. *An Bras Dermatol*. 2009; 84(6):569-81.
12. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Patient Safety: Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2008;112(4):1-15.
13. Damasceno VO, Vianna VRA, Vianna JM, Lacio M, Lima JRP, Novaes JS. Imagem corporal e corpo ideal. *R Bras Ci e Mov*. 2006; 14(1): 87-96.

14. De Brito MJA. Prevalência de sintomas do transtorno dismórfico corporal em população candidata à abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
15. Del Campo LA, Del Campo IRL. Adolescência e imagem corporal. *Adolescência & Saúde*. 2010;7(4):55-59.
16. Dini GM, Ferreira LM, Quaresma MR. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2004;19(1):41-52.
17. Ferreira LM, Jones A, Veiga FD, Natour J, Neto MS, Borges RTJ. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. *São Paulo Méd J*. 2008;126(2):87-95.
18. Ferreira RF. Ciência, arte e cultura no corpo – A construção de sentidos sobre o corpo a partir das cirurgias plásticas. Curitiba: CRV; 2011.
19. Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S. The Pathophysiology of Body Dysmorphic Disorder. *Body Image*. 2008; 5(3):3-12.
20. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Publica*. 2008; 24(1):17-27.
21. Freitas GG. O esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade. 2. ed. Ijuí: Unijuí; 2004.
22. Hay GG. Dymorphophobia. *Br J Psychiatry*. 1970; 116(533):399-406.
23. Hargreaves DA, Tiggemann M. “Body image is for girls”: a qualitative study of boys’ body image. *J Health Psychol*. 2006; 11(4):567-76.
24. Hunt TJ, Thienhaus O, Ellwood A. The mirror lies: body dysmorphic disorder. *Am Fam Physician*. 2008; 78(2):217-22.
25. Jakubietz M, Jakubietz RJ, Klos DF, Gruenert JJ. Body Dysmorphic Disorder: Diagnoses and Approach. *Plast Reconstr Surg*. 2007; 119(6):1924-30.
26. Kanauth RD, Gonçalves H. Juventude na era da Aids: entre o prazer e o risco. In: Almeida MIM, Eugenio F. *Culturas Jovens: novos mapas do afeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006. p. 92-104.
27. Kehl MR. Com que corpo eu vou? Folha de São Paulo. 2002 jun 30; Caderno Mais:6.
28. Larson K, Gosain AK. Cosmetic Surgery in the Adolescent Patient. *Plast Reconstr Surg*. 2012;129(1):135e – 41e.

29. Lipovetsky G. Beleza para todos [Internet]. Veja on-line. 2002 set 25 [acesso em 2014 mai 27]. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/250902/entrevista.html>
30. Lukash FN. The Safe and Sane Guide to Teenage Plastic Surgery. Dallas: Benbella Books; 2010.
31. Magrini SF. Cirurgia de rejuvenescimento facial: estudo da imagem corporal e da qualidade de vida [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
32. Maldonado GR. A educação física e o adolescente: a imagem corporal e a estética da transformação na mídia impressa. REMEFE. 2006;5(1):59-76.
33. Manderson L, Bennett E, Andajani-Sutjahjo S. The social dynamics of the interview: age, class, and gender. Qual Health Res. 2006; 16(10):1317-34.
34. Mc Cabe MP, Ricciardelli LA. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. J Psychosom Res. 2004; 56(6):675-85.
35. Mc Grath MH, Mukerji S. Plastic Surgery and the Teenage Patient. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2000; 13(3):105–18.
36. Mecca ANJ, Smelser NJ, Vasconcellos J. The Social Importance of Self-Esteem [Internet]. Berkeley: University of California Press; 1989 [acesso em 2014 maio 27]. Disponível em: <http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft6c6006v5/>
37. Minayo MC. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Colet. 2012;17(3):621- 6.
38. Morselli E, Jerome L. Dismorphophobia and Taphephobia: two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. Hist Psychiatry. 2001; 12(45):103-14.
39. Nicholls D, Viner R. Eating disorders and weight problems. BMJ. 2005; 330(23):950-3.
40. Njaine K. Sentidos da violência ou a violência sem sentido: o olhar dos adolescentes sobre a mídia. Interface [Internet]. 2006 [acesso em 2014 June 29]; 10(20): 381-92. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200008&lng=en).
41. Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic Aspects of Body Dysmorphic Disorder: A Literature Review. Aesthet Plast Surg. 2008; 32(3):473-84.
42. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of Body Dysmorphic Disorder in Dermatology Patients. J Am Acad Dermatol. 2000; 42(3):436-41.
43. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. Psychosomatics. 2005c.;46(4):317-25.

44. Phillips KA. The Presentation of Body Dysmorphic Disorder in Medical Settings. *Prim Psychiatry*. 2006; 13(7):51-9.
45. Phillips KA, Kaye W. Relationship of Body Dysmorphic Disorder and Eating Disorders to Obsessive Compulsive Disorder. *CNS Spectr*. 2007;12(5):347-358.
46. Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim psychiatry*. 2007;14(12):58–66.
47. Puhl R, Brownell, KD. Bias, discrimination and obesity. *Obes Res*. 2001;9(12):788-805.
48. Ramos KP, Amaral VLR. Transtorno Dismórfico Corporal: Escala para Profissionais da Saúde. *Intellectus*. 2008;14(5):1-25.
49. Rodgers RF, Paxton SJ, Chabrol H. Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: a sociocultural model. *Body Image*. 2009; 6(3):171-7.
50. Rosen CJ. The Nature of Body Dysmorphic Disorder and Treatment With Cognitive Behavior Therapy. *Cogn and Behav Pract* 2.1995;143-66.
51. Rosenberg M. Society and adolescent self image. Revised Edition. New Jersey: University Press; 1989.
52. Ross J, Gowers S. Body Dysmorphic Disorder. *Adv Psychiatr Treat*. 2011; 17(2):142-49.
53. Sarwer DB, Bartlett SP, Bucky LP, LaRossa D, Low DW, Pertschuk MJ, Wadden TA, Whitaker LA. Bigger is not always better: Body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998; 101(7): 1956-61.
54. Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. An Investigation of Changes in Body Image following Cosmetic Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2002;109(1):363-69.
55. Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. Body Dysmorphic Disorder in Cosmetic Surgery Patients. *Facial Plast Surg*. 2003;19(1):7-18.
56. Smolak L. Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image*. 2004; 1(1):15-28.
57. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Notícias [Internet]. São Paulo;2013 [acesso em 2014 maio 28]. Disponível em: [http://www2.cirurgioplastica.org.br/numero-de-cirurgias-plasticas-entre-adolescentes-aumenta-141-em-4-anos](http://www2.cirurgioplastica.org.br/numero-de-cirurgias-plasticas-entre-adolescentes-aumenta-141-em-4-anos/) /

58. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Cirurgias e Procedimentos [Internet]. São Paulo; [acesso em 2014 maio 28]. Disponível em: <http://www2.cirurgioplastica.org.br/#!/cirurgias-e-procedimentos>
59. Souza MSF. A busca pela cirurgia plástica estética: Um sintoma da sociedade contemporânea? [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
60. Tavares MCGC. A imagem corporal – conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole; 2003.
61. Vaz-Serra A. O inventário clínico de autoconceito. Rev psiquiatr clin.1986; 7(2):67- 8.
62. Veale D. Cognitive-behavioural Therapy for Body Dysmorphic Disorder. Adv Psychiatr Treat. 2001;7(1):125-32.
63. Veale D. Advances in a Cognitive Behavioural Model of Body Dysmorphic Disorder. Body Image. 2004;1(1):113-25.

## APÊNDICE A - Questionario Auto Aplicável

Questionário nº: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Estuda : ( )SIM ( ) NÃO Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Exerce ? ( )SIM ( )NÃO

Estado civil: ( ) solteira(o)

( ) casada(o) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) separada (o) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) viúva (o) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Mãe: Nacionalidade: \_\_\_\_\_ viva( ) falecida ( ) Há quantos anos? \_\_\_\_\_

Pai : Nacionalidade: \_\_\_\_\_ vivo( ) falecido( ) Há quantos anos? \_\_\_\_\_

Irmãos: idade(s): \_\_\_\_\_ sexo(s): \_\_\_\_\_ posição entre os irmãos: \_\_\_\_\_

Marido (Esposa): idade: \_\_\_\_\_ profissão: \_\_\_\_\_

Tem Filhos? idade (s): \_\_\_\_\_ sexo(s): \_\_\_\_\_

### PARTE I

1 – A qual procedimento cirúrgico será submetida(o) ?

( ) Aumento das mamas

( ) Rinoplastia

( ) Otoplastia

( ) Redução mamária

( ) Assimetria mamária

( ) Ginecomastia

( ) Microdermoabrasão

( ) Peeling químico

( ) Remoção de pelos a laser

( ) Outros : \_\_\_\_\_

2 - A qual(is) procedimento(s) cirúrgico(s) já foi submetida (o) ? E com que idade?

( ) Aumento das mamas ( \_\_\_\_\_ )

( ) Rinoplastia ( \_\_\_\_\_ )

( ) Otoplastia ( \_\_\_\_\_ )

( ) Redução mamária ( \_\_\_\_\_ )

( ) Assimetria mamária ( \_\_\_\_\_ )

( ) Ginecomastia ( \_\_\_\_\_ )

( ) Microdermoabrasão ( \_\_\_\_\_ )

( ) Peeling químico ( \_\_\_\_\_ )

( ) Remoção de pelos a laser ( \_\_\_\_\_ )

( ) Outros : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

3 – Comente sobre o motivo pelo qual procurou a cirurgia plástica.

---



---



---

4 – Já realizou algum dos procedimentos estéticos abaixo? Assinale qual(is).

( ) Implantes e injeções faciais (Botox, preenchimento cutâneo)

( ) Correção de cicatriz

( ) Esfoliação cutânea – Resurfacing /Peeling (laser químico)

( ) Tratamento com ácidos

( ) Tratamento odontológico (prótese clareamento, ortodontia)

( ) Massagens (corporal ou facial)

( ) Tratamento para celulite / estrias

( ) Maquiagem definitiva ( ) Outros : \_\_\_\_\_

5 – Para manter-se bonita (o) tem como hábito:

( ) Praticar esportes ( 2 ou + vezes por semana)

( ) Ir ao salão de beleza ( 1 ou + vezes por semana)

( ) Utilizar cosméticos (diariamente)

( ) Maquiar-se (diariamente)

( ) Outros : \_\_\_\_\_

6 – Alguém mais em sua família já se submeteu à cirurgia plástica?

( ) Sim – Grau de parentesco : \_\_\_\_\_

( ) Não



7 – Houve alguém na família / amigo(s) que se opôs à realização da cirurgia?

Sim  Não

Quem ? \_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_

8 – Houve alguém na família / amigo(s) que incentivou a realização da cirurgia?

Sim  Não

Quem ? \_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_

9 – Quem / o que influenciou na sua auto-imagem? (assinale quantas alternativas desejar).

Seus pais  Seus irmãos (ãs)  Seus amigos

Reality shows  Revistas  Filmes

Outros \_\_\_\_\_

10 – Você já assistiu algum programa de televisão que mostrasse as transformações de uma cirurgia plástica na pessoa antes e depois do procedimento?

Sim  Não

O que você achou? \_\_\_\_\_

As questões de nº 11,12 e 13 deverão ser respondidas somente no terceiro mês de pós-operatório.

11 – Comente o significado da cirurgia plástica, a qual você foi submetido(a), em sua vida.

12 – Como você avalia o resultado da sua cirurgia?

Ruim  Bom  Regular  Excelente

13 – A cirurgia trouxe a forma que você desejava ?

Sim

Não

## APÊNDICE B – Roteiro do Grupo Focal

- Influência dos pais, amigos ou professores sobre a imagem corporal ou sobre a auto-imagem do adolescente / adulto jovem;
- Influência da mídia escrita e televisiva assistida sobre a imagem corporal ou sobre a autoimagem do adolescente/adulto jovem;
- Mídias mais acessadas ao longo do dia;
- Ideal de beleza da mídia e da nossa sociedade;
- Padrão de beleza masculino / Tipos de corpos masculinos que a mídia apresenta;
- Padrão de beleza feminino / Tipos de corpos femininos que a mídia apresenta;
- Onde mais se vê o estereótipo do corpo ideal feminino/masculino na mídia: Revista, filmes, shows;
- Capacidade destas imagens veiculadas pela mídia afetarem diretamente o sentimento das mulheres em relação a elas mesmas e em relação aos cuidados que devem tomar para alcançar estes padrões de beleza;
- Capacidade destas imagens veiculadas pela mídia afetarem diretamente o sentimento dos homens em relação a eles mesmos e em relação aos cuidados que devem tomar para alcançar estes padrões de beleza;
- Pessoas que você conhece e tem seus corpos como os apresentados pela mídia;
- Prática de exercícios físicos em academia e busca do corpo saudável x malhado;
- Grau de importância que a aparência tem na vida das pessoas . Aparência física – escala de valorização;
- Relação entre padrão de beleza e desejo / decisão de procurar de cirurgia estética corporal;
- Aparência física / assédio escolar / trabalho ( *bullying*);
- O que muda a vida da pessoa com uma cirurgia plástica. Influência na vida pessoal, afetiva, sexual, familiar, na escola e no trabalho.

## ANEXO A - Questionário semi-dirigido para o TDC

### Instruções Gerais:

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

**Perguntas com um asterisco** deverão ser sempre feitas. As outras perguntas são feitas de acordo com a necessidade, dependendo da informação que você precise. Diga ao entrevistado para usar qualquer número das respostas, não só os números que possuem uma descrição ao lado. Nem todas as respostas estão incluídas aqui; as respostas para as questões 1, 2, 3, 22, 33 e 34 não são fornecidas ao entrevistado, cabendo ao entrevistador escolher a resposta correta.

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

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

### Pontuação:

**Total de pontos.** O escore final é a soma das respostas para todos os itens exceto: 1 a 3, 22, 33, 34.

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

Critério A: Preocupação com um imaginado problema na aparência. Se uma anomalia física leve estiver presente, a preocupação da pessoa é notadamente excessiva.

#2 = 0 ou 1

#9 = 4 ou mais alto

#10 ou #11 = 4 ou mais alto

#18 = 4 ou mais alto

#19 = 4 ou mais alto

Critério B: A preocupação causa angústia clinicamente significativa ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento.

#9 = 4 ou mais alto

#10 ou #11 = 4 ou mais alto

#13 = 4 ou mais alto

todos os três anteriores ou:

#23, 24, 25, ou 26 = 4 ou mais alto

Critério C: A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental.

#34 = 0

Obs: A pontuação máxima do questionário corresponde a 168 pontos.

Escores maiores que 66 já refletem certo grau de insatisfação com a aparência.

## Entrevista

### 1. Descrição de problema na aparência física

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

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

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

**2. Defeito físico observável** (Se possível, solicitar que o entrevistado mostre o problema de aparência, a não ser em casos em que isto seja muito constrangedor para ele(a)).

**Instruções:** Informe a presença de um defeito observável.

0) nenhum problema de aparência observável.

1) problema informado é observável, embora não raro ou anormal (por exemplo, um nariz grande, sobrepeso moderado).

2) problema informado definitivamente é anormal (por exemplo, perna amputada, cicatrizes de queimaduras, obesidade grave).

3) nenhuma oportunidade para observar o problema.

### 3. Reclamações de transtorno delirante somático ou similar

**Instruções:** Informe se a reclamação representa algo estritamente defeituoso.

0) problema de aparência informado prejudica apenas a aparência.

1) o problema informado prejudica funções corpóreas

2) o problema assusta as pessoas.

#### 4. Percepção da anormalidade do problema de aparência

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

“O quanto esta condição está presente em outras pessoas?”

- 0) todo mundo tem a mesma característica.
- 2) muitas pessoas têm a mesma característica.
- 4) poucas pessoas têm a mesma característica.
- 6) ninguém mais tem a mesma característica

#### 5. Conferindo o problema

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

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

#### 6. Descontentamento com problema de aparência

\*“Durante o último mês, quanto incômodo seu (a) \_\_\_\_\_ tem causado?”

- 0) nenhum incômodo.
- 2) incômodo leve.
- 4) incômodo médio.
- 6) incômodo grande.

#### 7. Descontentamento com a aparência geral

\* “Durante o último mês, você tem se sentido incomodado com a sua aparência geral?”

- 0) nenhum incômodo.
- 2) incômodo leve.
- 4) incômodo médio.
- 6) incômodo grande.

#### 8. Busca de conforto

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

##### Instruções:

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

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

**9. Preocupação com o problema de aparência**

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

0) nunca fica chateado com o problema de aparência ou nunca pensa no problema de aparência.

1) 1-3 vezes/mês.

2) 4-7 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado uma ou duas vezes em cada semana.

3) 8-11 vezes.

4) 12-16 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado em metade dos dias da semana.

5) 17-21 vezes.

6) 22-28 vezes ou pensa nisto e se sente chateado diariamente ou quase diariamente.

**10. Preocupação com o problema de aparência em situações públicas**

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

0) nenhuma preocupação.

2) leve preocupação.

4) média preocupação.

6) grande preocupação.

**11. Preocupação sobre o problema de aparência em situações sociais**

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

0) nenhuma preocupação.

2) leve preocupação.

4) média preocupação.

6) grande preocupação.

**12. Frequência com que o problema de aparência é notado por outras pessoas**

\* “Durante o último mês, com que frequência você têm sentido que outras pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu(a) \_\_\_\_\_?”

0) nunca aconteceu.

1) 1-3 vezes/mês.

2) 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.

3) 8-11 vezes/mês.

4) 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.

5) 17-21 vezes/mês.

6) 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

**13. Angústia relacionada ao problema de aparência notado por outras pessoas**

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

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

**14. Frequência relacionada ao comentário de outros**

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

**Instruções:**

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

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

**15. Angústia relacionada ao comentário de outros**

\* “Quanto você ficou chateado quando alguém fez um comentário sobre seu (a) \_\_\_\_\_?”

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

**16. Frequência com que foi tratado diferentemente por outros devido ao problema de aparência**

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

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

**17. Angústia relacionada ao tratamento diferenciado das outras pessoas devido ao problema de aparência**

\* “Quanto você ficou chateado quando as pessoas o(a) trataram diferente por causa de seu(a) \_\_\_\_\_?”

- 0) não ficou chateado ou não houve nenhum tratamento diferencial.
- 1) ligeiramente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
- 2) ligeiramente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
- 3) medianamente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
- 4) medianamente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
- 5) enormemente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
- 6) enormemente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.

**18. Importância do problema de aparência**

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

- 0) nenhuma importância.
- 2) pouca importância.
- 4) média importância.
- 6) grande importância.

**19. Auto-avaliação negativa devido ao problema de aparência**

\* “Durante o último mês, você se criticou devido ao seu (a) \_\_\_\_\_?”

- 0) nenhuma crítica.
- 2) poucas críticas.
- 4) algumas críticas.
- 6) muitas críticas.

**20. Avaliação negativa feita por outras pessoas devido ao problema de aparência\*** “Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas o(a) criticaram por causa de seu(a) \_\_\_\_\_?”

- 0) nenhuma crítica.
- 2) poucas críticas aconteceram.
- 4) algumas críticas aconteceram.
- 6) muitas críticas aconteceram.



**21. Percepção de atratividade física**

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

- 0) Sim, me acharam atraente
- 2) Não, ligeiramente sem atrativos.
- 4) Não, mediamente sem atrativos.
- 6) Não, sem nenhum atrativo.

**22. Grau de convicção do problema de aparência**

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

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

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

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

**23. Afastamento de situações públicas**

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

- 0) nenhum afastamento de situações públicas.
- 2) evitou pouco.
- 4) evitou com média frequência.
- 6) evitou muito.

**24. Afastamento de situações sociais**

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

- 0) nenhum afastamento de situações sociais.
- 2) evitou pouco
- 4) evitou com média frequência.
- 6) evitou muito.

**25. Afastamento de contato físico**

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

- 0) nenhum afastamento de contato físico.
- 2) evitou pouco.
- 4) evitou com média frequência.
- 6) evitou muito.

**26. Afastamento de atividade física**

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

- 0) nenhum afastamento de atividade física.
- 2) evitou pouco
- 4) evitou com média frequência.
- 6) evitou muito

**27. Escondendo o corpo**

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

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

**28. Alterando a postura corporal**

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

**Instruções:**

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

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

**29. Inibição do contato físico**

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

**Instruções:**

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

- 0) nunca inibiu o contato físico.
- 2) inibiu em menos da metade das ocasiões de contato físico.
- 4) inibiu em torno de metade das ocasiões de contato físico.
- 6) inibiu em todas ou quase todas as vezes em que teve contato físico.

**30. Evitando olhar para o corpo**

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

**Instruções:**

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

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

**31. Evitando que outras pessoas olhem para o seu corpo**

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

- 0) nenhuma inibição de que outros o vejam com o corpo despido devido ao problema.
- 2) evitou pouco.
- 4) evitou com média frequência.
- 6) evitou muito.

### 32. Comparação com outras pessoas

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

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

### 33. Estratégias de embelezamento

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

#### Instruções:

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

Marque até três alternativas.

- 0) nenhuma estratégia ou tentativa para alterar o problema de aparência.
- 1) redução de peso através de dieta.
- 2) redução de peso através de exercícios.
- 3) redução de peso através de cirurgia (por exemplo, gastroplastia).
- 4) cirurgia estética para eliminação de gordura (por exemplo, lipoescultura).
- 5) outra cirurgia estética (por exemplo, mastoplastia, rinoplastia, reversão de cicatriz).
- 6) tratamentos tópicos (por exemplo, para condições de pele ou calvície).
- 7) prótese (por exemplo, perna artificial ou prótese de silicone para melhorar a aparência).
- 8) outro (especifique) \_\_\_\_\_

### 34. Problema de aparência não considerado por outra desordem

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

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

**ANEXO B - Escala de Autoestima de Rosenberg**

1 – De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo (a).

a) Concordo plenamente    b) Concordo    c) Discordo    d) Discordo plenamente

2 – Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros).

a) Concordo plenamente    b) Concordo    c) Discordo    d) Discordo plenamente

3 – Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

a) Concordo plenamente    b) Concordo    c) Discordo    d) Discordo plenamente

4 – Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinem).

a) Concordo plenamente    b) Concordo    c) Discordo    d) Discordo plenamente

5 - Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

a) Concordo plenamente    b) Concordo    c) Discordo    d) Discordo plenamente

6 – Às vezes eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

a) Concordo plenamente    b) Concordo    c) Discordo    d) Discordo plenamente

7 - Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

a) Concordo plenamente    b) Concordo    c) Discordo    d) Discordo plenamente

8 – Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a).

a) Concordo plenamente    b) Concordo    c) Discordo    d) Discordo plenamente

9 - Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a)

a) Concordo plenamente    b) Concordo    c) Discordo    d) Discordo plenamente

10 – Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).

a) Concordo plenamente    b) Concordo    c) Discordo    d) Discordo plenamente

**ANEXO C – Comitê de Ética em Pesquisa**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



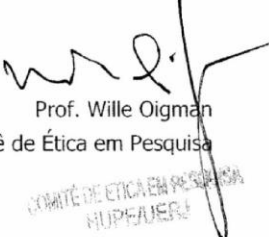
Rio de Janeiro, 24 de novembro de 2011

Do: Comitê de Ética em Pesquisa  
Prof.: Wille Oigman  
Para: Aut. Maria Lídia de Abreu Silva / Orient. Profa. Stella Taquete  
Registro CEP/HUPE: 2957/2011 (este número deverá ser citado nas correspondências referentes ao projeto)  
CAAE: 0106.0.228.000-11

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto, "CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA EM ADOLESCENTES E JOVENS: PROTOCOLO PARA IDENTIFICAÇÃO PRECOZE DE TRANSTORNOS DISMÓRFICOS CORPORAIS E INDICAÇÃO CIRÚRGICA" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S<sup>a</sup>., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

  
Prof. Wille Oigman  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
HUPE/UERJ

## **ANEXO D - Termo de Consentimento Informado**

( Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, de 10 de outubro de 1996)

### **1 – Dados do Sujeito da Pesquisa:**

- Sexo da (o) paciente:
- Nascimento :
- Idade :

### **2 – Dados sobre a Pesquisa Científica:**

**Título do Protocolo de Pesquisa:** Diretrizes para suspeição do Transtorno Dismórfico Corporal em adolescentes e adultos jovens candidatos à cirurgia plástica estética.

**Pesquisadora:** Dra. Maria Lídia de Abreu Silva Tel:2868-8321

#### **Instituição responsável pela pesquisa:**

- Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Av. 28 de setembro nº 77 – Vila Isabel.
- Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Av. 28 de Setembro, nº 77, Térreo – Vila Isabel. CEP: 20551-030.

**Avaliação do Risco da Pesquisa:** Sem Risco

### **3 – Registro das Explicações da Pesquisadora a Paciente sobre a Pesquisa**

Esta pesquisa está sendo realizada para se verificar o motivo da procura pela cirurgia plástica estética em adolescentes e adultos jovens , e para se criar um protocolo que auxilie na indicação de cirurgia plástica estética nesta faixa etária. Para a coleta de dados serão utilizados dois questionários a serem preenchidos pelo próprio paciente, e um questionário semi-dirigido pela pesquisadora. Os resultados da pesquisa serão utilizados na elaboração de uma tese como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Ciências Médicas pela pesquisadora ; e possível publicação futura. Não haverá a identificação dos pacientes participantes .

### **4 – Esclarecimentos dados pela Pesquisadora sobre Garantia do Sujeito da Pesquisa**

Você está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, de uma entrevista de uma pesquisa. Antes de dar seu consentimento leia atentamente as informações descritas a seguir:

- 1- Caso você não queira participar do estudo não haverá nenhum risco ou desconforto.
- 2- As informações que jovens como você podem dar, são fundamentais para se fazer a identificação precoce dos transtornos dismorficos corporais e criar um protocolo para indicação de cirurgia plástica estética em jovens.
- 3- Caso você participe do nosso estudo, não haverá qualquer problema institucional legal, ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- 4- A sua participação neste estudo é voluntária e você pode interrompê-la a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa.
- 5- Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da entrevista, assim como a qualquer momento durante a mesma.
- 6- Não será oferecido nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste estudo.
- 7- Os integrantes da pesquisa serão convidados a participar de pequenos grupos de discussão que seguirão um roteiro, focado em temas relacionados à estética corporal, padrões de beleza e meios de comunicação. São grupos chamados de Grupo Focal. As reuniões serão conduzidas por um coordenador e um relator e serão gravadas na íntegra.
- 8- Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem seja revelada a sua identidade ou a de qualquer outro participante.

### **5 – Observações complementares**

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis , aos pacientes, a qualquer momento; bastando para tanto contatar a pesquisadora e agendar data e horário.

### **6 – Consentimento**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado/a concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo.

#### **Pesquisado/a:**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### **Responsável ou testemunha:**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### **Pesquisador:**

Nome :

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



## ANEXO E – Autorização da Coordenadoria de Educação da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
COORDENADORIA DE EDUCAÇÃO  
Rua Afonso Cavalcanti, nº 455 – sala 412 – Bl. 1 – CASS  
Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20211-110  
Telefone 2976-2296

### AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Sr (a) Coordenador (a) da E/SUBE/2ªCRE

Autorizamos MARIA LIDIA DE ABREU SILVA, médica, cirurgiã plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, cursando o Programa de Doutorado em Ciências da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, a realizar a pesquisa "**Cirurgia Plástica Estética em Adolescentes e Jovens: Identificação Precoce de Transtornos Dismórficos Corporais e Indicação Cirúrgica**", de acordo com o processo n.º 07/006499/2012, na(s) escola(s) da E/ 2ª Cre da Rede Pública do Sistema Municipal de Ensino com validade até Março de 2014.

A presente autorização fará uso de questionário e as discussões serão gravadas e direcionadas a adolescentes estudantes da Rede Pública de Ensino, profissionais, ou outros membros da comunidade escolar.

A pesquisa conta com o Parecer de Ética em Pesquisa do Hospital Pedro Ernesto – UERJ , Manifestação Técnica favorável da S/SUBPAV/SPS.

A pesquisadora se compromete a respeitar a rotina das escolas e a divulgar os resultados à Coordenadoria de Educação, conforme a Portaria E/DGED Nº 41/2009.

Esta autorização deverá ser entregue na E/SUBE/2ªCRE.

Rio de Janeiro, 10 de junho de 2013.

Vania Maria de Souza  
11/052.063-5