



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Trabalho de Conclusão de Curso

**ENTENDENDO O TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL
E SUA RELAÇÃO COM A CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA:
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Marcela Penha da Câmara

Campina Grande

2019



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Trabalho de Conclusão de Curso

ENTENDENDO O TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL E SUA RELAÇÃO COM A CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Marcela Penha da Câmara

Professor Orientador: Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio

Trabalho de Conclusão de Curso, como
componente obrigatório para a conclusão
do curso médico da Universidade Federal de
Campina Grande

Campina Grande

2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

C649e

Câmara, Marcela Penha da.

Entendendo o transtorno dismórfico corporal e sua relação com a cirurgia plástica estética:
Revisão sistemática / Marcela Penha da Câmara – Campina Grande, 2019.

46f.; gráf; il.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2019.

Orientador: Edmundo de Oliveira Gaudêncio, Dr.

1. Transtorno dismórfico corporal. 2. Cirurgia plástica. I. Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 617.5-089.844(043.3)



ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

As 7:44 horas do dia 08/05/2019 nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Entrevista e transcrição gerontológica com idosos e seu contato com a Terapia Psicológica Escolar. Result. In Liberdade

de autoria do(s) aluno(s):

Marcela Pereira da Cunha

sendo orientados por:

Edson de Oliveira Araújo

E Co orientador:

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Luciana Siqueira Sobello de Oliveira

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 30 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu APROVAR o trabalho, conferindo a nota final de 9.0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 08, 05, 19.

Orientador

Titular 1

Titular 2

Suplente

[Assinatura]
[Assinatura]
Luciana Siqueira Sobello de Oliveira

“Para seres amado, sê amável,
eis que não te será suficiente
a beleza do rosto ou do corpo (...)
A beleza é um dom frágil,
tudo que se acrescenta ao tempo a diminui
e ela se gasta com sua própria duração;
nem as violetas nem os lírios desabrochados
florescem sempre e,
caída a rosa, só resta o espinho.
Também tu terás em breve cabelos brancos,
terás em breve rugas que ressecarão a tua pele.
Trata de fortalecer agora mesmo o teu espírito,
que há de durar
e será o sustentáculo de tua beleza:
ele apenas permanecerá até o fim,
até a pira funerária”

Ovídio, em A Arte de Amar

AGRADECIMENTOS

- Ao professor orientador, **Edmundo de Oliveira Gaudêncio**, por ter me aceitado como orientanda, por ter me auxiliado com tanta disponibilidade e dedicação, sempre amável e paciente, durante a elaboração deste trabalho.
- Às professoras **Luciana Silveira Rabello e Luciene de Melo Paz**, assim como **Dr. Daniel Rolim**, por aceitarem com tanta solicitude e afabilidade o convite para serem membros da Banca Revisora deste Trabalho de Conclusão de Curso.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS..... | 1 |
| ÍNDICE DE SIGLAS..... | 1 |
| I. RESUMO..... | 7 |
| II. INTRODUÇÃO..... | 9 |
| III. OBJETIVOS..... | 11 |
| IV. JUSTIFICATIVA..... | 12 |
| V. REVISÃO DA LITERATURA..... | 13 |
| V.1. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL..... | 13 |
| V.1.1. ETIOLOGIA..... | 14 |
| V.1.2. PREVALÊNCIA..... | 15 |
| V.1.3. IDADE..... | 15 |
| V.1.4. DIFERENÇA ENTRE OS GÊNEROS..... | 15 |
| V.1.5. TRATAMENTO..... | 16 |
| V.2. IMAGEM CORPORAL..... | 17 |
| V.3. CLÍNICA DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL..... | 18 |
| V.4. COMORBIDADES..... | 21 |
| V.5. TDC E CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA..... | 23 |
| V.6. DIAGNÓSTICO..... | 24 |
| V.7. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO TDC..... | 27 |
| V.8. COMO SE APRESENTA O PACIENTE COM TDC AO CIRURGIÃO..... | 30 |
| V.9. REPERCUSÕES DA CPE NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES..... | 31 |
| V.10. SUGESTÕES PRÁTICAS PARA ABORDAGEM DO PACIENTE COM TDC..... | 34 |
| VI. METODOLOGIA..... | 37 |
| VII. RESULTADOS..... | 38 |
| VIII. DISCUSSÃO..... | 40 |
| VIII. 1. RELAÇÃO ENTRE TDC E CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA..... | 40 |
| VIII.2. ESCALAS DE AVALIAÇÃO..... | 40 |
| VIII.3. INDICAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA..... | 41 |
| VIII.4. COMORBIDADES..... | 42 |
| VIII.5. QUESTÕES ATUAIS PARA ESTUDOS FUTUROS..... | 42 |
| IX. CONCLUSÕES..... | 44 |
| X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 45 |

ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

FIGURA

FIGURA I. Sinais indicadores de Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) em pacientes que procuram Cirurgia Plástica Cosmética.

FIGURA II. Critérios diagnósticos para o TDC.

FIGURA III. Classificação do grau de gravidade do TDC.

FIGURA IV. Sinais e sintomas da presença ou risco de TDC.

FIGURA V. Seleção dos artigos.

I. RESUMO

Entendendo o Transtorno Dismórfico Corporal e sua relação com a Cirurgia Plástica

Estética: Revisão sistemática. Introdução: Entende-se por imagem corporal a forma como o indivíduo se percebe e se sente em relação ao seu próprio corpo, começa a ser formada no início da vida, ainda no ventre materno, e é um construto multidimensional. Essa formação tem sido bastante influenciada pela indústria cultural, responsável por impor padrões de beleza através da associação destes às ideias de sucesso, bem-estar e felicidade. Nesse contexto, o corpo se tornou objeto e passou por processo de coisificação ao virar um dos principais fomentadores do consumo na atualidade. Exemplos de itens comprados são os procedimentos cosméticos e as cirurgias plásticas de caráter estético. Diante da pressão ideológica criada pela ditadura da beleza, o indivíduo torna-se mais vulnerável ao esquecimento de aspectos relacionados à subjetividade humana, dentre eles, sua liberdade de autonomia sobre as formas corporais. Cria-se, portanto, um ambiente propício à ocorrência de distúrbios de autoimagem, como o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), quando o objetivo de atingir as formas idealizadas não é conseguido. **Justificativa:** Visto que a Cirurgia Plástica Estética é uma especialidade médica que lida diretamente com a insatisfação para com a imagem corporal, é pertinente que se analise a relação entre esse distúrbio e os pacientes que buscam e se submetem a tais procedimentos cirúrgicos. **Objetivo:** Estudar o TDC no campo da Cirurgia Plástica Estética. **Metodologia:** Análise secundária de dados obtidos a partir da busca sistematizada de artigos nas bases de dados LILACS, SciELO e MEDLINE. Foram selecionados 8 artigos para a revisão. **Resultados:** O TDC é um dos distúrbios de imagem mais comuns na Cirurgia Plástica Estética, sua prevalência nessa especialidade médica varia de 3% a 15%. Seus portadores mais frequentemente procuram por procedimentos estéticos ao invés de tratamento psicológico. **Conclusão:** Os dados da literatura apontam a grande relação entre o TDC e a Cirurgia Plástica Estética, entretanto, são encontradas divergências com relação a dados sobre prevalência, sobre abordagem dos pacientes com essa desordem, além de dados insuficientes referentes aos resultados de tratamentos cirúrgicos, entre outras lacunas. Essa revisão só reforça a necessidade de mais pesquisas e estudos sobre os pacientes com TDC, para que seu diagnóstico seja facilitado e para que esses pacientes sejam melhor abordados clinicamente, de forma a receberem o melhor tratamento possível: aquele capaz de lhes prover melhor qualidade de vida.

Palavras chave: 1. Transtorno Dismórfico Corporal; 2. Cirurgia Plástica

I. ABSTRACT

Understanding Body Dysmorphic Disorder and its relation to Aesthetic Plastic Surgery:

Systematic review. Introduction: Body image is understood the way the individual perceives and feels in relation to his own body. His background has been heavily influenced by the cultural industry, responsible for imposing beauty standards through their association with ideas of success, well-being and happiness. In this context, the body became an object and went through a process of dissent as one of the main promoters of consumption today. Examples of purchased items are cosmetic procedures and cosmetic plastic surgeries. Faced with the ideological pressure created by the dictatorship of beauty, the individual becomes more vulnerable to the forgetfulness of aspects related to human subjectivity, among them, their freedom of autonomy over bodily forms. Therefore, an environment conducive to the occurrence of image disorders, such as Body Dysmorphic Disorder (BDD), is created when the goal of reaching the idealized forms is not reached. **Justifications:** Since aesthetic plastic surgery is a medical specialty that deals directly with dissatisfaction with body image, it is pertinent to analyze the relationship between this disorder and patients who seek and undergo such surgical procedures. **Objective:** To study the TDC in the field of Aesthetic Plastic Surgery. **Methodology:** Secondary analysis of data obtained from the systematized search of articles in the LILACS, SciELO and MEDLINE databases. We selected 8 articles for review. **Results:** BDD is the most common image disorder in Aesthetic Plastic Surgery, its prevalence in this medical specialty ranges from 3% to 15%. Its carriers most often seek aesthetic procedures rather than psychotherapeutic treatment. **Conclusion:** Data from the literature point to the great relationship between BDD and Aesthetic Plastic Surgery, however, differences are found regarding data on prevalence, approach to patients with this disorder, and insufficient data regarding the results of surgical treatments , among other shortcomings. This review only reinforces the need for more research and studies on patients with BDD, so that their diagnosis is facilitated and for those patients to be better treated clinically, in order to receive the best possible treatment: one that can provide them with better quality of life.

Keywords: 1. Body Dysmorphic Disorder; 2. Plastic Surgery

II. INTRODUÇÃO

Nos tempos pós-modernos vislumbramos o auge da indústria cultural, que se utiliza de uma hegemonia ideológica de gratificação do desejo, através do consumo de mercadorias e lazer fetichizados, para produzir uma subjetividade humana homogeneizada e, muitas vezes, acrítica. São ditados os padrões ideais para a obtenção de uma vida dos sonhos. A mídia dissemina tudo o que deve ser consumido para se chegar a um completo bem-estar e felicidade. Como não poderia ser diferente, o corpo também assumiu *status* de objeto e tornou-se uma das principais mercadorias associadas ao sucesso social, prazer, poder e realização. Esse “corpo rascunho” pode ser modelado e remodelado seguindo as tendências exibidas pela mídia.

Para a construção do corpo ideal, temos ajuda da biotecnologia à publicidade, vendendo desde dietas *lights*, *fitness* e anabolizantes, até os maravilhosos serviços de *spa*, clínicas estéticas ou procedimentos cirúrgicos. Esses últimos, cada vez mais acessíveis e com resultados mais promissores, graças aos constantes avanços técnico-científicos.

Temos, portanto, um modelo ideal de aparência física, um referencial (quase protocolo) a ser seguido. Um bombardeio tão grande de fórmulas para a felicidade soam quase como uma obrigação e as pessoas devem persegui-las para adequar-se ao meio. O que a mídia não diz é que as belas formas vendidas não são condizentes com os padrões da grande maioria da sociedade e que até elas precisaram de retoques, até serem exibidas em sua versão final.

A inadequação aos padrões ideais de beleza pode causar uma gama de reações. Para algumas pessoas, a aceitação de suas características físicas é algo fácil, uma vez que tendem a focar naquelas que as destacam e as diferenciam como únicas. É comum que nessas pessoas predominem as ideologias da longevidade, prevenção e cuidado com a saúde e não apenas com seus corpos por uma questão meramente estética: são, geralmente, pessoas autoconfiantes, de autoestima elevada e capazes de reconhecer a autonomia sobre seus corpos e criar seus próprios padrões de beleza. Para outras pessoas, entretanto, não possuir uma estrutura corporal condizente com os padrões pode gerar sentimentos de frustração e fracasso, afinal, parecia ser fácil seguir a receita para o corpo e vida ideais e elas falharam.

O discurso de que qualquer um pode ser belo desloca a responsabilidade das insuficiências para o próprio indivíduo. A beleza se artificializa e se “democratiza”. São tantas prescrições, vigilâncias, renúncias, sacrifícios, culpas e cobranças que o insucesso se manifesta em um intenso mal-estar, gerado pelos transtornos de imagem, exclusão social, perda da autoestima e sofrimento psicológico.

Um desses transtornos, decorrentes da insatisfação com as formas corporais, é o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC). Trata-se de uma desordem da imagem corporal, incapacitante social e profissionalmente, em que a pessoa tem preocupações decorrentes de 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 aperfeiçoando sua aparência. Frequentemente buscam a cirurgia cosmética ou outros procedimentos relacionados para melhorar seu objeto de insatisfação.

Apesar de ser comum, esse transtorno só passou a ser mais pesquisado e estudado recentemente, e a prevalência do TDC em diferentes populações revela que seus sintomas ainda são de difícil reconhecimento na prática médica. Tendo em vista que a cirurgia plástica estética é uma das especialidades médicas que lida mais diretamente com a imagem corporal, é muito importante que esses profissionais atentem à possibilidade de que seus pacientes possam ser potencialmente portadores dessa patologia, não só por ser comum nesse grupo, em comparação com a população geral, como também pelos achados da literatura que mostram que a maioria desses pacientes não se beneficia com os procedimentos estéticos, necessitando de tratamento psicológico e/ou psicofarmacológico.

Dessa forma, através do conhecimento a respeito do TDC, esses profissionais podem atuar como agentes modificadores do curso dessa patologia, proporcionando a essas pessoas uma melhor qualidade de vida, ao fazer sua identificação e encaminhamento ao tratamento adequado.

III. OBJETIVOS

PRINCIPAL

A principal finalidade deste trabalho é evidenciar a relação entre o Transtorno Dismórfico Corporal e a cirurgia plástica estética, através de uma revisão sistemática da literatura.

SECUNDÁRIOS

1. Discutir como os padrões de beleza difundidos pela indústria cultural podem gerar insatisfação ou mesmo transtornos de imagem corporal
2. Fazer uma breve explanação sobre o TDC, elucidando aspectos como etiologia, perfil clínico dos pacientes e critérios diagnósticos para compreensão da importância da identificação desses indivíduos na prática médica
3. Proporcionar sugestões de manejo de pacientes com o transtorno para os cirurgiões plásticos

IV. JUSTIFICATIVA

O Transtorno Dismórfico Corporal é uma patologia complexa e muito incapacitante. Seus portadores têm sua qualidade de vida prejudicada pelo tempo dedicado à insatisfação com a aparência e aos comportamentos compulsivo-obsessivos. Nos casos graves podem privar-se do convívio social ou até praticar comportamentos auto agressivos. Apesar disso, permanece pouco pesquisado e estudado. Ainda que comum, a prevalência do TDC em diferentes populações revela que seus sintomas ainda são de difícil reconhecimento na prática médica, o que explica seu subdiagnóstico.

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 desses 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 desse procedimento, tanto para o paciente (piora de sua imagem corporal) como para o cirurgião, que pode sofrer com a insatisfação pós-cirúrgica, mesmo com bons resultados obtidos.

V. REVISÃO DA LITERATURA

V.1. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Dismorfofobia foi o primeiro termo utilizado para referir-se ao Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), utilizado por Enrico Morselli, em 1886. Ele se referiu ao transtorno como “um sentimento subjetivo de feiura ou defeito físico no qual os pacientes sentem que são observados por terceiros, embora sua aparência esteja dentro dos limites da normalidade” (Ramos e Amaral, 2008), e não poderia ter sido mais feliz em sua definição. O transtorno vai além do medo do defeito físico como o sufixo fobia pode sugerir e envolve auto avaliação e autorreferência negativas de partes do corpo, além de polarização da atenção em um defeito imaginário ou mínimo na aparência.

O transtorno também recebeu outros nomes ao longo do tempo, como “doença da beleza”, “síndrome da distorção da imagem”, “hipervalorização estética”, “globalização da beleza e padronização das formas”. Na literatura de Cirurgia Cosmética e Dermatologia são descritos pacientes “insaciáveis” por procedimentos estéticos (Edgerton *et al.*, 1960), sendo usados termos como *dermatological nondisease* e “hipocondria dermatológica”. O primeiro artigo sobre o tema foi publicado em 1970 na língua inglesa.

Apesar de descrito quase um século antes, só em 1980 o TDC foi incluído nos sistemas diagnósticos da American Psychiatric Association (APA). A taxonomia de nosologias psiquiátricas americana, o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), primeiro o classificou como fazendo parte do espectro das desordens somatoformes, sem nenhum critério diagnóstico (DSM-III, 1980), depois, como parte do espectro de transtornos obsessivo-compulsivos (DSM-IV, 2000). Hoje o Transtorno Dismórfico Corporal é classificado como entidade autônoma, que tem como sintoma nuclear a insatisfação com o corpo. No Brasil, a primeira referência a esta doença surgiu num trabalho publicado em 1976, que levantou a importância das questões psicológicas e psiquiátricas em cirurgia plástica (Pitanguy *et al.*, 1976).

O TDC é definido como uma preocupação com um ou mais defeitos ou falhas na aparência física que não são observáveis ou são percebidas sutilmente por outros. Além disso, é caracterizado por comportamentos repetitivos e resulta em sofrimento clinicamente significativo. Esses comportamentos ocorrem em diferentes níveis de percepção e não podem

ser explicados com base em preocupações normais com a aparência física, com peso ou forma do corpo (o que o diferencia dos transtornos alimentares). Em portadores de TDC, a percepção de deformidades físicas leves tende a ser exagerada devido a problemas psiquiátricos ou psicológicos subjacentes.

V.1.1. ETIOLOGIA

O conhecimento das causas do TDC contribui para seu entendimento, diagnóstico e para diferenciá-lo de outras psicopatologias, além da compreensão da dinâmica do comportamento destes pacientes, permitindo o desenvolvimento de estratégias para um tratamento adequado. O TDC é categorizado como transtorno neuropsiquiátrico e sua etiologia envolve fatores biológicos, como vulnerabilidade genética e disfunção neuroquímica, bem como aspectos alusivos à história individual e fatores psicossociais (Aouizerate et al., 2003).

Com relação à herança genética do transtorno, autores sugerem que dentre os indivíduos com TDC, 8% têm algum membro da família com esse diagnóstico durante a vida, o que representa de 4 a 8 vezes a prevalência na população geral (Bienvenu et al., 2000).

O mecanismo neurobiológico responsável pela sua fisiopatologia envolve um desequilíbrio dos neurotransmissores serotonina e dopamina, que atuam regulando várias funções cerebrais, e estão também associados a outros transtornos, como os de humor e ansiedade, por exemplo. Alterações em regiões específicas do cérebro, como o núcleo caudado, região frontotemporal e desproporção na quantidade de substância branca cerebral foram evidenciadas em portadores de TDC, em estudos de neuroimagem (Feusner et. Al, 2008). Os estudos de imagem funcional, por sua vez, realizados por meio de Ressonância Magnética Funcional (RNMF), mostraram alterações no processamento da informação visual, o que pode justificar o foco negativo que esses pacientes dão a uma área, em detrimento da percepção corporal global.

A teoria psicanalítica propõe o deslocamento inconsciente de conflitos da psique (como conflitos sexuais, emocionais, sentimentos de inferioridade ou culpa), provocando repulsa por partes específicas do corpo. Já a teoria cognitivo-comportamental propõe que déficits cognitivos (como as atitudes irrealistas baseadas na perfeição e simetria, atenção

direcionada aos defeitos percebidos e disfunção na interpretação de expressões faciais, por exemplo), somados aos fatores ambientais de reforço à importância da aparência física (como a difusão midiática dos padrões de beleza), resultam nos comportamentos de má adaptação, como os comportamentos de checagem e camuflagem presentes no TDC.

V.1.2. PREVALÊNCIA

Os dados disponíveis na literatura sobre a prevalência do TDC são muito variáveis. Embora a maioria dos autores pesquisados relate prevalências de TDC de 6 a 15% (Aouizerate et al., 2003; Malick et al., 2008; Crerand et al., 2006) entre pacientes de Cirurgia Plástica, outros apontaram percentuais maiores entre 16 e 24% (Veale et al., 2003; Bellino et al., 2006; PicavetVA et al., 2014) e de até 53% (Vindigni et al., 2002). Vale ressaltar-se que os estudos disponíveis fizeram uso de metodologias diversas e a maioria dos autores menciona essas divergências nos dados como resultado da falta de padronização dos estudos.

V.1.3. IDADE

O início do TDC geralmente ocorre na adolescência, época em que o indivíduo está mais preocupado com a autoimagem e com a vida social, e que coincide com as grandes mudanças corporais que marcam o fim da vida infantil e o amadurecimento puberal: menstruação, surgimento de acne, crescimento das mamas, entre outras. Os relatos de ocorrência na infância são mais raros. A média de idade de início dos sintomas é de 17 anos, e os pacientes podem sofrer por até 11 anos antes de procurar por tratamento específico (Phillips et al., 2005). Pode ocorrer um segundo pico de incidência, somente em mulheres, durante a menopausa (Aouizerate et al., 2003; Phillips et al., 2001; Kittler et al., 2007).

V.1.4. DIFERENÇA ENTRE OS GÊNEROS

Embora não seja definitivo, parece não haver diferenças entre os gêneros. Alguns estudos mostraram maior frequência nas mulheres, outros em homens. Nos dois estudos que observaram as maiores amostras populacionais (Rief et al., 2006; Koran et al., 2008), o TDC foi ligeiramente prevalente entre as mulheres (1,9: 1,4% e 2,5: 2,2%, respectivamente). No entanto, outros estudos mencionam similaridade na prevalência entre os sexos (Jakubietz et al., 2007; Warwick, 2005).

V.1.5. TRATAMENTO

Mesmo com mais de cem anos de relatos bibliográficos e apesar do intenso sofrimento que causa, acredita-se que somente 10% dos pacientes com TDC recebam tratamento adequado (Phillips et al., 2001) e, ainda assim, isso só acontece tardiamente, com anos de evolução da doença e desenvolvimento/piora de outras comorbidades psiquiátricas (Amaral, 2001; Rabinowitz et al., 2007).

Segundo as orientações práticas de tratamento do *United Kingdom's National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), a terapia cognitivo-comportamental e a farmacoterapia baseada em inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) são recomendados como tratamentos de primeira linha para o TDC (Phillips et al., 2011). Conorve e Gleaves (2001) falam em uma terapia combinada de métodos psiquiátricos (onde entram a psicodinâmica e a terapia cognitivo comportamental) e métodos não psiquiátricos (dentre eles a Cirurgia Plástica Estética), sendo a terapia cognitivo comportamental o tratamento mais efetivo. Também corroboram com essa afirmação os estudos de Carracedo et. al., 2004; Grant e Phillips, 2005; Rosen, 2003 e Veale, 2002.

Partindo-se do pressuposto de que o TDC origina-se de uma distorção da imagem corporal, a TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental) exerce seu efeito ao promover uma reestruturação cognitiva. Esse tratamento é direcionado aos componentes da imagem corporal: perceptual, cognitivo-avaliativa e comportamental, e cada ponto é trabalhado de forma específica. A desconstrução da avaliação perceptual negativa é feita a partir de exercícios que visam mostrar a superestimação do peso e tamanho corporal, por meio de instrumentos como compasso antropométrico, ou tabelas com valores percentis, por exemplo.

A capacidade cognitivo-avaliativa busca aperfeiçoar a imagem que o sujeito construiu de si mesmo baseando-se na formação de seu próprio conceito de imagem corporal, que recebeu influência social e familiar. Por último, a parte comportamental é trabalhada com uso da técnica de exposição com prevenção de resposta, que consiste em expor o paciente a situações aversivas, na tentativa de reduzir as ideias de autorreferência negativa e, dessa forma, evitar os comportamentos compulsivo-obsessivos.

A abordagem terapêutica cognitivo-comportamental também tem se apropriado de ferramentas tecnológicas nos atendimentos psicoterápicos, como o uso de *softwares* que

utilizam a realidade virtual (RV), por exemplo, como auxílio à intervenção clínica tradicional. A Realidade Virtual permite ao paciente imersão e interação com um mundo criado graficamente, em três dimensões. Por meio dela, é possível a exposição às mais variadas situações (como as que desencadeiam ansiedade social nos pacientes com TDC), sendo possível moldar as reações proporcionadas.

Estudos demonstraram mudança cognitiva significativa da maioria dos pacientes após realização da TCC que, mesmo ainda persistindo com o sentimento negativo com relação à aparência, passaram a apresentar maior aceitação e enfrentamento com relação às críticas e também reduziram sua sensação de ansiedade constante (Neziroglu e Yaryura-Tobias, 1993). Com relação aos resultados do tratamento, eles são ainda mais satisfatórios quando o diagnóstico do distúrbio é precoce, podendo ser evitadas complicações como isolamento social ou tentativas de suicídio (Sobanski e Schimidt, 2000).

V.2. IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal (IC) é um dos objetos de abordagem da Cirurgia Plástica e também a qual, distorcida, origina o Transtorno Dismórfico Corporal. É um fenômeno humano complexo, uma construção multidimensional que envolve percepção, pensamentos e sentimentos sobre o corpo. A imagem corporal perceptual é como vemos nosso corpo; a imagem corporal afetiva é como nos sentimos sobre ele (envolve os sentimentos de satisfação e insatisfação); a imagem cognitiva é como o pensamos (envolve as preocupações com a forma e peso) e, finalmente, a imagem corporal comportamental são os comportamentos gerados pela nossa relação com a imagem.

A formação da imagem é um fenômeno psíquico atrelado à formação da personalidade do sujeito e, conseqüentemente, da forma como ele vive em sociedade. Todas as facetas da experiência pessoal sofrem influência da forma como o sujeito se vê, como se relaciona com outras pessoas ou situações de vida e como reage a elas. Desordens em sua formação relacionam-se diretamente com a perda da capacidade de autoavaliação adequada de sentimentos e comportamentos, exatamente o que é visto no Transtorno Dismórfico Corporal.

V.3. CLÍNICA DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

A característica fundamental do TDC é a resposta emocional negativa à percepção visual de partes do corpo. Essa avaliação subjetiva sobre a estrutura corporal causa impacto negativo no funcionamento psicossocial, redução da qualidade de vida e até mesmo suicídio, nos casos extremos.

Esses indivíduos tendem a ter mais problemas em encontrar um padrão estético ideal para eles mesmos do que perante a sociedade. Isso ocorre pela discrepância entre como eles veem a si mesmos e como gostariam de parecer em um mundo ideal ou como eles teriam a obrigação de parecer. Essa distorção cognitiva faz com que busquem constantemente e de modo irracional a perfeição e a simetria na sua aparência e manifesta-se por meio de pensamentos e atos obsessivos que causam estresse e são difíceis de controlar, ocupando grande parte do dia dos portadores da patologia.

Esses pensamentos pioram nas situações sociais, pelo sentimento constante de serem observados e avaliados. É esse prejuízo significativo ao funcionamento cotidiano que diferencia o TDC das queixas normais com a aparência, apresentadas pela maioria da população geral.

É mais comum que as preocupações desses pacientes envolvam áreas da face, por ser o centro do corpo e seu primeiro ponto de visualização (são muito citados na literatura a insatisfação com o nariz e os pacientes “psiquiátricos da rinoplastia”), embora qualquer parte do corpo possa ser foco de insatisfação. Apresentam com frequência queixas relacionadas à acne, rugas e linhas de expressão, alterações na cor ou textura da pele, cicatrizes e estrias, cabelos finos ou excesso de pelos no corpo, e queixas relativas ao tamanho e forma do nariz, dos olhos, das pálpebras, das sobrancelhas, das orelhas, da boca, dos dentes, mandíbula, queixo, bochechas ou mesmo odores desagradáveis (Phillips et al. 2006).

Além da face, os homens têm, como maior foco, preocupações com os genitais, peso, cabelos e formas do corpo, enquanto as mulheres mais tipicamente relatam preocupações com o peso, os quadris, as pernas e as mamas. Embora, mais comumente, esses pacientes exibam queixas específicas, alguns podem apenas referir-se vagamente a um sentimento de “feitura” em geral (Buhlmann et al., 2008). Durante o curso da doença, também é comum que esses pacientes variem os alvos de sua preocupação (em torno de cinco a sete partes do corpo).

Os *déficits* neurocognitivos se expressam através de pensamentos com características obsessivas e tipos de comportamentos compulsivos. Entre eles, podem ser citados: prejuízo global nas funções executiva, de memória e social. Também apresentam distorção na interpretação da imagem visual (interpretam erroneamente expressões faciais como sendo de raiva, por exemplo). É notada ainda uma maior sensibilidade perceptiva na apreciação da harmonia estética, assim como nas avaliações ligadas às alterações da aparência, até mesmo pelo tempo que dedicam sua atenção às questões estéticas. No entanto, sua atenção é direcionada às características avaliadas negativamente, e não àquelas que julgam mais atraentes.

O grau de preocupação com a aparência pode ser avaliado no tempo gasto pelos pacientes com a sobrevalorização da imagem corporal e é considerado excessivo quando ultrapassa três horas diárias (Phillips et al., 2010; Ende et al., 2008).

Os comportamentos obsessivo-compulsivos mais comuns nesses pacientes são: a reafirmação constante da aparência pela checagem e as práticas de camuflagem. Eles são indicadores importantes do nível de comprometimento funcional em pacientes com TDC, sendo variáveis de acordo com a área corporal de insatisfação e ilimitados.

Os comportamentos de camuflagem incluem, como exemplos, os "grooming behaviours", ou tratamentos excessivos de beleza, com mudanças de cor e corte de cabelos, uso ritualizado de maquiagem, produtos cosméticos e tratamentos dermatológicos e estéticos, bronzamentos artificiais etc. Além disso, uso de acessórios (como bolsas, por exemplo) para esconder a região abdominal, mudanças de roupas ao longo do dia, uso de óculos escuros, de bonés, entre outros. Dietas frequentes, exercícios excessivos, uso de esteroides anabolizantes, hábito de tocar ou medir partes do corpo comparando sua aparência com a de pessoas famosas e ler sobre a aparência física também são práticas comuns.

Nos casos de pacientes insatisfeitos com a face: cabeça sempre baixa, o uso da mão para encobrir áreas corporais valoradas negativamente, a extrema preocupação como o melhor ângulo de perfil, bem como a inibição, ou até mesmo evitação do sorriso, são alguns exemplos. Geralmente, não aceitam tirar fotos, revelando nesse comportamento a rejeição da própria imagem pessoal.

Todos estes comportamentos nos certificam da constante autoavaliação e sentimento negativo de autorreferência e afetam de forma dramática a qualidade de vida desses pacientes,

caracterizados pelo uso de mecanismos de defesa e má adaptação ao convívio social. Nos graus mais leves do distúrbio, esses pacientes podem ainda levar uma vida aparentemente normal, apesar do sofrimento e dos prejuízos cotidianos.

Casos mais graves, entretanto, podem cursar com comportamentos que impõem risco à saúde, incluindo condutas autoagressivas associadas ao uso e abuso de substâncias, transtornos alimentares, desejo obsessivo de se submeter a procedimentos estéticos e cirúrgicos, endividamento com produtos de beleza, internações repetidas, ideias auto destrutivas e tentativas de suicídio. Nesses pacientes graves, as taxas de ideação suicida giram em torno de 80% e de tentativas de suicídio 24% (Phillips et al., 2007).

Esses comportamentos ocorrem em curso flutuante ao longo da vida desses pacientes, são complexos e tornam-se patológicos dependendo do seu foco, da duração e extensão, dos problemas que causam, bem como das razões e emoções associadas ao seu desenvolvimento.

Com os chamados DIY (*Do it yourself*), indivíduos tentam alterar de forma dramática a própria aparência na tentativa de corrigir o defeito que os incomoda. Podem ser citados os comportamentos de “skin picking”, escoriações patológicas, dermatotilexomania, “escoriações neuróticas”, acne escoriada (*acne excoriée*) ou escoriação psicogênica, no qual a manipulação patológica da pele visa corrigir a acne; também o uso de *superbonder* (cianoacrilato), esparadrapo e pregadores de roupa para "afinar" o nariz; ou até mesmo tentativas de realizar a própria cirurgia, por exemplo. É importante salientar que nos pacientes com TDC, os comportamentos autoagressivos não têm por finalidade a autoinjúria, e sim, unicamente, a melhora da aparência, por meio da abordagem direta do defeito percebido.

Os portadores de TDC são muito citados na literatura pela busca frequente de tratamentos cosméticos e cirurgias plásticas, mesmo que esses tratamentos não tenham indicação médica (Castle et al., 2006). A maioria deles percebe melhora após uma intervenção cirúrgica, mas não ficam suficientemente satisfeitos, devido aos seus padrões idealizados, que criam a noção de que sempre poderão melhorar seu aspecto físico.

Além disso, a satisfação com tais procedimentos pode ser efêmera, com a eleição de uma outra região do corpo ou outro comportamento compulsivo como foco de atenção e preocupação excessivas. Quando isso ocorre, é comum que esses indivíduos entrem em uma jornada incansável de busca por procedimentos estéticos e cirúrgicos adicionais (Tignol et al., 2007). Este fato demonstra, essencialmente, que a principal característica desses pacientes é a

insatisfação corporal e que pode não ter qualquer relação com o resultado da cirurgia: eles revelam uma necessidade de perfeição e expectativas desalinhadas com a realidade.

A figura 1 apresenta alguns aspectos clínicos manifestos pelos portadores de TDC.

| Figura 1 – Sinais indicadores de TDC em pacientes que procuram cirurgia plástica cosmética. |
|---|
| Aparência do defeito físico não é observada ou é mínima |
| Preocupação transtornada com a aparência |
| Desconforto e preocupação com a aparência em situações públicas |
| Excessiva importância dada à aparência na autoavaliação |
| Autoavaliação negativa atribuída à aparência |
| Aflicção 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 ideias suicidas |

Fonte: artigo de revisão Transtorno dismórfico corporal: contribuições para o cirurgião plástico, 2013.

V.4. COMORBIDADES

A maioria dos pacientes com o TDC tem pelo menos um transtorno mental associado e, quanto maior o número deles, mais morbidade e prejuízo funcional.

Dentre os transtornos de humor, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) parece ser o mais frequentemente associado ao TDC. Mais de 75% dos pacientes com o TDC teve, ao menos, um episódio, ao longo da vida e, pelo menos a metade dos pacientes tem critérios para o diagnóstico de episódio depressivo maior atual (Clerand et al., 2006). Alguns autores sugeriram que o TDC seria um sintoma de depressão ou transtorno relacionado ao espectro dos transtornos afetivos, pois ambos compartilham sentimentos de baixa autoestima, rejeição, desvalia e labilidade emocional.

Os pacientes com TDC estão mais propensos à ideação e tentativas de suicídio. Em estudo de 2007 (Phillips et al., 2007), em que foram avaliados 200 pacientes com esse distúrbio, foi relatada frequência de 78% de ideias suicidas e 27,5% de tentativas de suicídio, sendo o TDC a principal motivação referida pelos pacientes. No entanto, o TDC difere da depressão, principalmente, pelos pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. O foco dos pacientes com depressão, diferentemente dos com TDC, não envolve a aparência.

O TDC é, há muito tempo, relacionado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e já foi incluído nos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo, sendo essa classificação ainda defendida por muitos. As características comuns aos dois distúrbios são idade de aparecimento, distribuição entre os sexos, curso crônico, histórico familiar de transtornos psiquiátricos e resposta positiva ao tratamento. A frequência de associação entre eles varia de 30% (Dufresne et al., 2007) a 78% ao longo da vida (Simeon et al., 1995).

Como diferenças, no caso do TOC, as obsessões mais comuns envolvem o receio de contaminação, imagens sexuais, agressão, dúvidas, ordem e simetria e as obsessões recorrentes e/ou comportamentos compulsivos, executados para aliviar o incômodo causado pelos pensamentos invasivos, vivenciados como mais intrusivos (irracionais, exagerados). É comum também observarmos os comportamentos de evitação, relacionados à tentativa de se evadir de situações que possam desencadear as compulsões.

Já no TDC as preocupações em geral são vivenciadas de modo mais natural e os pacientes as aceitam sem tanta resistência. Além disso, no TDC, os comportamentos obsessivo-compulsivos envolvem ideias de autorreferência, resultantes da distorção da imagem corporal, e crença infundada da observação constante por parte de terceiros. Também estão mais presentes sentimentos de vergonha, humilhação, baixa autoestima e rejeição.

Nos pacientes que apresentam TOC e TDC associados, o nível de juízo crítico foi significativamente mais prejudicado em relação às preocupações com a imagem corporal do que em relação aos sintomas do TOC. Além da pior capacidade de crítica no TDC, os pacientes também apresentam maior predisposição à ideação e tentativas de suicídio do que no TOC.

Os Transtornos Alimentares (TA), comuns em indivíduos com o TDC, compartilham com este a distorção na imagem corporal como o principal aspecto clínico. Estudos citam

incidência de 32,5% de Transtornos Alimentares ao longo da vida, nos pacientes com o TDC (Ruffolo et al., 2006). Entretanto, alguns, como Saariniemi et al (2012), afirmam que o procedimento cirúrgico é capaz de diminuir o risco para TA, em virtude da melhora da satisfação com o corpo e na autoestima promovida por esses procedimentos. Já para o TDC, a realização de procedimentos cirúrgicos é tema controverso, podendo haver piora ou mesmo desencadeamento de sintomas antes não referidos.

Os Transtornos de Ansiedade foram relatados em 60% dos pacientes, ao longo da vida (Simeon et al., 1995) e a Fobia Social em 38% (Bellino et al., 2006), tendendo a preceder o TDC. Como semelhança entre ambas as patologias verificam-se a ansiedade e os comportamentos de evitação social, não havendo, na Fobia Social, foco específico em um aspecto particular da face ou do resto do corpo.

Por fim, parece haver uma alta prevalência de Transtornos de Personalidade entre pacientes com o TDC: cerca de 57% dos pacientes, sendo o mais frequente o tipo evitador. Personalidades paranoide e dependente também podem ocorrer em adição (Crandall et al., 2006).

V.5. TDC E CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA

Atualmente, a medicina moderna dispõe de avançadas e inúmeras tecnologias capazes de promover a modificação e alteração de porções corporais por meio de procedimentos cirúrgicos invasivos e não invasivos. Por conta disso, o número de intervenções cirúrgicas de cunho reparador ou estético apresentou um aumento exponencial nos últimos anos.

Diferentemente do que ocorre com qualquer outra cirurgia geral, a cirurgia plástica é desejada e não temida: o paciente com TDC tende a entregar seu corpo aos procedimentos estéticos, acreditando que apenas eles podem findar com sua insatisfação corporal. O contexto cultural de culto às formas corporais e de ditadura da beleza, assim como a difusão de resultados cada dia mais promissores e de procedimentos cada vez mais seguros e acessíveis, infundiu, no imaginário geral, a associação entre Cirurgia Plástica Estética, obtenção de felicidade e melhora da autoestima, em uma forma de adaptação em uma cultura de hipervalorização da aparência (Mélega et al., 2002).

No que tange às intervenções cirúrgicas, a importância da Cirurgia Plástica foi concretizada no século XX, após as duas grandes guerras mundiais, quando os cirurgiões puderam ganhar experiência a partir do tratamento das lesões dos soldados feridos nos conflitos. A Cirurgia Plástica Estética surgiu após discussões em âmbito social e humanista para disseminação desse conhecimento da Cirurgia Plástica Reparadora, também com a finalidade de melhorar a estética corporal, visando à promoção de alívio emocional e melhora na autoestima.

O Brasil encontra-se entre as primeiras colocações no *ranking* mundial de procedimentos cirúrgicos de caráter estético. Acredita-se que essa colocação se deva ao clima tropical do país, fator que promove uma maior exposição do corpo ao longo do ano. Além disso, existe a concepção, por parte da sociedade, de que corpos magros estão diretamente relacionados à obtenção de saúde e o contrário é fator de risco para o desenvolvimento de diversas patologias.

A popularização dos procedimentos cirúrgicos de caráter estético pode ser atribuída a três fatores: aumento da diversidade de tratamentos com métodos menos invasivos (o maior aumento nos últimos anos foi no número de procedimentos minimamente invasivos, como aplicação de toxina botulínica e preenchimentos faciais, por exemplo), disseminação, pela mídia, da facilidade dos procedimentos e o aparecimento de corpos perfeitos resultantes de cirurgias plásticas (Sarwer et al., 2004). No Brasil, pode-se ainda acrescentar: a relativa facilidade de pagamento desses procedimentos estéticos, a ascensão social de algumas classes e o sucesso de cirurgias plásticas brasileiros, atraindo, inclusive, pacientes do exterior.

Associado a esse aumento da demanda por procedimentos estéticos da Cirurgia Plástica houve um crescimento no interesse por aspectos relacionados a essa especialidade e seus pacientes, incluindo os temas relacionados aos acometimentos psiquiátricos aos quais estão passíveis seus pacientes. O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), uma das condições psiquiátricas mais encontradas nessa prática cirúrgica (Shridharani et al., 2010) é um dos temas centrais para o entendimento das características psicológicas desses indivíduos.

V.6. DIAGNÓSTICO

Na atual lista de transtornos psiquiátricos da American Psychiatric Association (a quinta edição do Manual do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5),

a única categoria de diagnóstico que aborda diretamente a preocupação com a imagem corporal é o TDC.

Em Cirurgia Plástica, o TDC é insuficientemente reconhecido e tratado (Buhlmann et al., 2008). Além de os critérios diagnósticos se confundirem com a própria motivação para a realização dos procedimentos cirúrgicos (a insatisfação com a aparência corporal), falta ainda, por parte dos profissionais da área de saúde, mais conhecimento acerca do distúrbio.

O critério A do DMS-5, ao abordar a preocupação excessiva com a aparência, não é muito específico para o diagnóstico de TDC, pois a população que procura pela Cirurgia Plástica Estética baseia nessa queixa a necessidade do procedimento.

Os critérios B e C (sobretudo o C) são mais determinantes na prevalência do TDC, pois referem-se ao grau de comprometimento funcional e sofrimento subjetivo experimentados pelo paciente, quantificado por meio da intensidade dos comportamentos obsessivo-compulsivos.

O critério D inclui preocupações em relação ao peso e à forma corporal, ou sentimentos de inadequação em relação à identidade de gênero em pacientes que não preenchem critérios diagnósticos para anorexia nervosa ou disforia de gênero, e ajudam no diagnóstico diferencial, uma vez que há similaridades e fronteiras muito pouco definidas entre o TDC, os Transtornos Alimentares e Transtornos de Gênero. A expressão da insatisfação corporal na contemporaneidade pode estar mais frequentemente associada a preocupações com o peso e forma corporal do que às preocupações clássicas que caracterizam as queixas do TDC, em que a insatisfação não costuma ser tipicamente expressa em termos dessas variáveis.

De acordo com a gravidade do quadro do TDC, foi proposta uma classificação em formas delirante e não delirante do transtorno que, entretanto, se mostrou contrária à experiência clínica e às crescentes evidências na literatura, as quais apontam que o TDC é um transtorno único e a forma chamada delirante, apenas a de maior gravidade. Com relação aos níveis de crítica sobre as preocupações com a aparência, que pode variar durante o curso da enfermidade, há pacientes que apresentam bom juízo crítico (“insight”), apresentam dúvidas quanto à sua aparência e reconhecem que talvez sua percepção possa estar distorcida.

Outros pacientes, porém, não reconhecem que suas preocupações são demasiadas: eles realmente acreditam que apresentam o defeito e consideram que todos o veem da mesma forma que ele.

No CID-10, o critério para o diagnóstico do TDC exige que o paciente tenha procurado atenção médica para suas queixas com a aparência. Entretanto, o paciente com TDC pode não haver procurado atendimento médico por diferentes razões (por não possuir seguro médico ou acesso ao tratamento, pela condição de isolamento social em que possa se encontrar, ou mais provavelmente: por simplesmente não reconhecer que suas queixas são patológicas, por exemplo), limitando a aplicação desse critério (Phillips, 2006).

A utilidade e eficácia dessas classificações nosográficas vêm sendo questionadas pela Análise do Comportamento há alguns anos. Segundo essa ciência, a utilidade de manuais como o DSM V se restringe à comunicação entre áreas afins. Defende que não há necessidade de classificação dos comportamentos em conjuntos e, sim, da avaliação da funcionalidade dos comportamentos no contexto em que ocorrem, o que faz com que eles não devam receber rótulos classificatórios.

Dessa forma, um comportamento deve ser avaliado no contexto em que ocorre, porque são as contingências que levam os indivíduos a se comportarem de maneiras distintas. Um comportamento dito “anormal” é desenvolvido, mantido e pode ser mudado da mesma forma que o comportamento “normal”, a depender dos princípios de aprendizagem: reforço positivo, reforço negativo, modelagem, modelação, punição, discriminação, generalização e comportamento governado por regras (Gongora, 2003).

A figura 2 apresenta os critérios diagnósticos para o Transtorno Dismórfico Corporal apresentados no DSM-5.

Figura 2- Critérios diagnósticos para o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), de acordo com o DSM-5.

| | |
|--|---|
| Critério A | Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidos na aparência física que não são observáveis ou aparecem leves para os outros. |
| Critério B | Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo já apresentou comportamentos repetitivos (e.g., verificação no espelho, excessive grooming, skin picking, busca de reassuramento) ou atos mentais (e.g., comparação da sua aparência com a de outros) em resposta às preocupações com aparência. |
| Critério C | A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento. |
| Critério D | A preocupação com a aparência não é melhor explicada por preocupações com gordura ou peso corporal em um indivíduo cujos sintomas satisfazem os critérios de diagnóstico para um transtorno alimentar <i>Especificar se:</i> Com dismorfia muscular: O indivíduo está preocupado com a ideia de que a sua constituição física é muito pequena ou apresenta insuficiência muscular. Este especificador é usado mesmo se o indivíduo está preocupado com outras áreas do corpo, o que é frequentemente o caso. <i>Especificar se:</i> Indique grau de percepção sobre crenças relacionadas ao TDC (e.g., "Eu pareço feio" ou "Eu pareço deformado"). Com percepção boa ou razoável: O indivíduo reconhece que as crenças relacionadas ao TDC são definitivamente ou provavelmente falsas ou que elas podem ou não ser verdade. Com baixa percepção: O indivíduo pensa que as crenças relacionadas ao TDC são provavelmente verdadeiras. Com percepção ausente/crenças delirantes: O indivíduo está completamente convencido de que as crenças relacionadas ao TDC são verdadeiras. |
| Fonte: Compreendendo a psicopatologia do transtorno dismórfico corporal de pacientes de cirurgia plástica: resumo da literatura, 2014. | |

V.7. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO TDC

Nos últimos anos, instrumentos de avaliação de transtornos psiquiátricos vêm sendo largamente desenvolvidos e utilizados mundialmente, na Cirurgia Plástica Estética, visando identificar pacientes nos quais os procedimentos cirúrgicos podem não gerar bons resultados (Cole et al., 1994; Klassen et al., 1996; The Whoqol Group, 1998; Klassen et al., 1998; Rankin et al., 1998; Powe et al., 1999; Ciconelli et al., 1999; Adami et al., 1999; Nusbaum et al., 2001; Harris & Car, 2001; Fernandes et al., 2002; Dini et al., 2004; Miyamoto et al., 2004; Sartre., 2005; Orfale et al., 2005; Guaraldi et al., 2006).

Esses instrumentos são classificados em dois grupos principais: instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Os instrumentos genéricos avaliam os pacientes de uma maneira global, no entanto, apresentam limitações, como não avaliar certos aspectos da qualidade de vida relevantes e/ou específicos de uma determinada doença ou tratamento. Os instrumentos específicos foram desenhados para tentar suprir estas limitações e geralmente são específicos para certas doenças, regiões anatômicas, populações ou funções.

No que se refere aos instrumentos específicos de avaliação do TDC, a maioria foi desenvolvida para a avaliação de transtornos alimentares e do espectro TOC.

Um dos primeiros instrumentos de avaliação foi o *Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper et al., 1987)*, mais relacionado a transtornos alimentares, que avalia a insatisfação com o tamanho ou forma corporal no desenvolvimento, manutenção e tratamento da anorexia e bulimia, mas não avalia aspectos do TDC, como, por exemplo, os comportamentos de checagem, camuflagem e aspectos do sofrimento e repercussões no funcionamento global dos indivíduos. A BDS – *Body Dissatisfaction Scale (Gardner, 1991)* também é relacionada ao diagnóstico da bulimia e anorexia

O *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ; Brown et al., 1990)* avalia a atitude das pessoas em relação à sua imagem corporal ou aparência física. Apresenta subdivisões, sendo as mais importantes para a avaliação do TDC, a de Satisfação com Áreas do Corpo, a qual mensura a insatisfação do paciente com áreas específicas de sua aparência; a de Avaliação da Aparência, que analisa os sentimentos sobre atratividade física e, por fim, a de Orientação da Aparência, que avalia a tendência ao desenvolvimento dos comportamentos de checagem e camuflagem. É indicada para a avaliação geral da imagem corporal, colaborando com os diagnósticos de TDC, transtornos alimentares e obesidade mórbida.

A OIS – *Overvalued Ideas Scale (Neziroglu et al., 1993)* volta-se à avaliação específica dos pensamentos obsessivos sobre o defeito, mas não engloba outros comportamentos que fazem parte do diagnóstico do TDC.

A BDD-YBOCS (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified by Body Dysmorphic Disorder*) foi criada a partir da modificação da Y-BOCBS (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; Goodman et al., 1989*), com o propósito de mensurar o TDC, mas se restringe a investigar a sintomatologia relacionada à obsessão e compulsão nesses pacientes. Os pacientes com o transtorno, que foram submetidos à psicoterapia, tiveram sua pontuação diminuída nesta escala.

A partir da análise dos instrumentos de avaliação da imagem corporal disponíveis até 1996, foi visto que nenhum englobava todas as características necessárias para o diagnóstico do TDC. A partir desse levantamento, foi proposto, como instrumento específico para o diagnóstico do TDC, o BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*), baseado nos critérios do DSM-IV (APA, 1994).

O BDDE é uma entrevista clínica semi-estruturada criada para avaliar a presença e a severidade de sintomas característicos do TDC segundo seis áreas: preocupação com a avaliação negativa da aparência; desconforto e sentimento de ser observado quando em público; excessiva importância à aparência na auto-avaliação; evitação social; comportamentos de camuflagem; e comportamentos de auto-inspeção e comparação a outras pessoas.

Na prática dermatológica foi desenvolvido um breve questionário: o BDDQ-DV (*Body Dysmorphic Disorder Questionnaire Dermatology Version*; Dufresne et al., 2001), que usou como referência o BDDQ – *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire*, construído para ser aplicado a pacientes psiquiátricos, e também baseado no DSM-IV (APA, 1994).

Considerando que os portadores de TDC buscam geralmente, em primeiro lugar, profissionais ligados a procedimentos corretores estéticos como dermatologistas e cirurgiões plásticos, e só tardiamente psicólogos ou psiquiatras, foi desenvolvida a Escala de Avaliação do TDC (EA-TDC; Ramos 2004), para profissionais da área da saúde. Seu objetivo foi o de contribuir para a identificação precoce desse transtorno e evitar a realização de procedimentos caros e desnecessários, que podem colocar em risco a saúde do portador do distúrbio e também causar problemas aos próprios profissionais, que têm os resultados de seus tratamentos questionados, pelas insatisfações permanentes destes pacientes, eventualmente inclusive na esfera judicial. A escala foi baseada em três instrumentos de avaliação já existentes (BDD-YBOCS, BDDE e BDDQ-DV), além dos critérios diagnósticos do DSM.

Foram agrupados segundo as seguintes dimensões teóricas: preocupação com um imaginado defeito na aparência; presença de sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social decorrente de preocupação com a aparência e se a preocupação não é melhor explicada por outros transtornos subjacentes.

Após avaliação da escala, foi visto que ela continha poucos itens relacionados ao diagnóstico diferencial e não permitia estimar a intensidade do transtorno. Ela foi reformulada, gerando a segunda versão: a EA-TDC-28. Estudos que analisaram as propriedades psicométricas dessa segunda versão indicaram que ela revela excelente consistência interna, necessitando, entretanto, de melhor definição de pontos de corte e capacidade de discriminar outros transtornos associados.

Vale lembrar, todavia, que escalas não fazem diagnósticos, permitem apenas um rastreamento do problema, fornecendo ao profissional dados objetivos sobre o paciente. Nesse sentido, a EA-TDC deve ser empregada em situações de triagem de pacientes atendidos por profissionais da saúde, na tomada de decisão sobre a necessidade ou não de encaminhamento para atendimento psicológico ou psiquiátrico. Por se tratar de instrumento de autoavaliação e de rápida aplicação, permite que, já na consulta inicial, seja identificada a possibilidade de ocorrência do Transtorno Dismórfico Corporal e a necessidade de uma avaliação mais completa por um profissional da área da Psicologia ou Psiquiatria.

V.8. COMO SE APRESENTA O PACIENTE COM TDC AO CIRURGIÃO

O típico padrão de comportamento de pessoas com diagnóstico de TDC é o de timidez, baixa frequência de atividades sociais, poucas amizades e/ou contatos amorosos e vida sexual limitada. São comumente pessoas de classe média que buscam alcançar a perfeição em todos os aspectos de sua vida. O perfeccionismo é voltado, principalmente, para si próprio, com a finalidade de se tornarem mais belos e/ou inteligentes (Andreasen e Bardach, 1997).

Com relação à aparência, ao se autoavaliar, a pedido do médico, o portador de TDC faz de modo correto, porém exclui aquilo que fisicamente mais o perturba, geralmente um mínimo defeito excessivamente aumentado, que lhe é causa de sofrimento e com o qual não consegue parar de se preocupar (Ramos et al., 2008; Crerand et al., 2005).

Esses pacientes podem assumir quatro formas de temperamento e tais personalidades indicam muito sobre o curso de um eventual pós-operatório e o nível de expectativa em relação ao tratamento (Machado et al., 2012).

O primeiro grupo inclui aqueles sujeitos determinados, dominadores e impulsivos. Para eles as observações do cirurgião não serão aceitas, por contrariarem suas expectativas com relação aos procedimentos estéticos. Geralmente procuram opinião de outros profissionais, que eventualmente corroborem com suas expectativas.

O segundo grupo inclui os pacientes tranquilos, observadores, passivos, dedutivos e que costumam aceitar as proposições do médico, porém, não sem procurarem novos dados que lhes permitam avaliar melhor a situação.

O terceiro grupo diz respeito àqueles sensíveis, emotivos e intuitivos, e que geralmente desenvolvem relacionamentos pouco numerosos, porém profundos. O cirurgião deve ter delicadeza ao abordar suas preocupações com aparência, pela sua tendência à ansiedade e depressão.

Por fim, os pacientes de personalidade sedutora, são atraentes, de relacionamentos fáceis e numerosos, porém tendendo à superficialidade. Eles provavelmente aceitarão facilmente os argumentos e orientações do médico, sem que isso signifique que as seguirão, alegando esquecimento, falta de tempo ou excesso de atividades, entre outras possíveis desculpas.

Ainda que seja difícil a identificação de apenas um dos quatro temperamentos descritos, há quase sempre a predominância de um deles, exigindo uma abordagem médico-psicológica adequada. Durante o atendimento a um possível portador de TDC, o cirurgião deve estar apto a levantar algumas questões. Deve avaliar se foi analisada alguma alteração estética e se ela é passível de correção cirúrgica. Também deve analisar se o paciente é manejável, se identificou algum indício de desordem psicológica importante, se gostaria de tê-lo no consultório, se seria um paciente provavelmente cooperativo em caso de complicações e se entende a margem de erro inerente ao procedimento.

Com base nessas respostas, o cirurgião plástico poderá inferir o tipo de paciente que estará abordando, e um exame clínico e psicológico, mediante interconsulta ao psicólogo, poderão aumentar as chances de sucesso da prática cirúrgica.

V.9. REPERCUSÕES DOS PROCEDIMENTOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES

O sintoma nuclear do TDC é a insatisfação corporal. Indivíduos que sofrem desse transtorno apegam-se à cirurgia plástica como único meio de resolver seu problema quanto à aparência física.

Para José Badim (1971), o simples fato de uma pessoa procurar o médico a fim de que seja executada uma cirurgia plástica é suficiente para admitir que esse paciente padeça, consciente ou inconscientemente, de um acometimento emocional. A atitude mental do paciente é de importância crucial, pois é ela que leva o paciente a submeter-se ao procedimento cirúrgico, aceitando-o sem temor e, sim, com esperança.

Constantemente, pacientes com Transtorno Dismórfico Corporal procuram e encontram tratamento cirúrgico estético com o propósito de corrigir os defeitos fictícios, mas, mesmo assim continuam tratando seu corpo e partes deste com repúdio. Dessa forma, o tratamento pode ocasionar a intensificação da obsessão ou incentivar novas inquietações, resultando em cirurgias mal sucedidas, deixando tais indivíduos ainda insatisfeitos. Esses pacientes também são conhecidos como insaciáveis, psicologicamente alterados, ou dependentes de intervenções cirúrgicas múltiplas, como os pacientes de "rinoplastia com síndrome psiquiátrica".

A presença de TDC não é um critério de exclusão para a realização de cirurgia plástica estética. No que diz respeito aos resultados pós-operatórios, alguns estudos evidenciaram uma melhora por parte dos pacientes operados no que tange à satisfação com a aparência, impactos positivos sobre a imagem corporal, autoestima e saúde mental após os procedimentos (Von Soest et al., 2009 e Rubesa et al., 2011; de Brito et al., 2012).

Outros estudos, entretanto, mostraram que pacientes portadores de TDC submetidos à cirurgia plástica estética continuaram apresentando o transtorno após a realização do procedimento ou até manifestaram piora do quadro psiquiátrico (Biraben-Gotzamanis et al., 2009; Rubesa et al., 2011; Pollice et al., 2009 e Callaghan et al., 2011). Isso confirma a importância do diagnóstico do transtorno no período pré-operatório como forma de evitar a realização de cirurgia plástica em casos cujo melhor tratamento é a psicoterapia.

Nessas circunstâncias, cabe ao cirurgião plástico avaliar individualmente, com cautela, cada caso, na tentativa de prever se realmente o paciente se beneficiará do procedimento cirúrgico. Instrumentos de diagnóstico e a classificação do grau de gravidade do TDC (Figura 3) podem fornecer informações para ajudar os cirurgiões a decidir se devem ou não operar. Consultas especializadas com psicólogos e psiquiatras podem também ajudar na elucidação diagnóstica em casos de difícil avaliação.

Pacientes com sintomas subclínicos do TDC, que não preenchem todos os critérios do DSM-5 para o transtorno, ou que, apesar dos sintomas, não apresentam prejuízo significativo no funcionamento global, podem ser submetidos a tratamentos estéticos e cirúrgicos. No entanto, pacientes que preenchem todos os critérios do DSM-5 para TDC e apresentam prejuízo global em sua qualidade de vida em decorrência do distúrbio, não devem ser submetidos a tratamentos cirúrgicos. Em vez disso, devem ser encaminhados para tratamento psicológico/psicofarmacológico, podendo ser posteriormente reavaliados e encaminhados

para o tratamento cirúrgico, sob a supervisão de profissionais de saúde mental, caso se constate melhora na sua condição (de Brito et al., 2012). Além disso, é recomendável que tais pacientes recebam intenso suporte psicológico, caso a cirurgia ocorra (Veale et al., 2001).

O cirurgião plástico deve ater-se ao exame psicológico de seu paciente tanto quanto ao seu exame físico e o faz ao analisar sua motivação para a cirurgia e também suas expectativas com relação ao procedimento: pacientes sem deformidades e com expectativas irreais são facilmente reconhecidos e sugerem fortemente o diagnóstico de TDC. Nesses casos, o paciente deve ser orientado no sentido de fazê-lo compreender que fatores emocionais podem estar interferindo no olhar para seu próprio corpo, isso sendo a possível causa de sua insatisfação e seu sofrimento. Essa compreensão é necessária para motivá-lo a aceitar a ajuda de um profissional de saúde mental.

O grupo oposto também pode ser facilmente identificado e é constituído por indivíduos com deformidades corrigíveis e com expectativas realistas. Nesses casos, a correção cirúrgica pode ser oferecida.

O grupo intermediário é constituído pelos pacientes portadores de deformidades mínimas e corrigíveis, porém, com comportamento e expectativas inadequados. Eles podem fazer parte do grupo de pacientes subclínicos e o cirurgião plástico tem que decidir se há indicação de cirurgia ou não, devendo ser extremamente crítico quando aceitar operá-lo, lembrando-se da reavaliação obrigatória pelo menos uma vez no período pré-cirúrgico.

As figuras 3 e 4 referem-se à classificação com base na gravidade do TDC e aos sinais e sintomas da presença ou risco do transtorno, respectivamente. Os dois aspectos devem ser levados em consideração na avaliação psicológica dos pacientes e, conseqüentemente, na decisão de optar ou não pela realização de procedimentos cirúrgicos de natureza estética.

Figura 3- Classificação do grau de gravidade do transtorno dismórfico corporal (TDC).

| Sintomas - Gravidade para TDC | Preenche os Critérios DSM-5 para TDC | Comportamentos de esquiva |
|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Nenhum | Não | Não |
| Subclínicos | Critérios parciais | Não |
| Leve a Moderados | Critérios completos | Não |
| Grave | Critérios completos | Sim |

Fonte: Compreendendo a psicopatologia do transtorno dismórfico corporal de pacientes de cirurgia plástica: resumo da literatura, 2014.

Figura 4- Sinais e sintomas da presença ou risco de TDC.

| Sintomas | Significado dos Sintomas |
|--|------------------------------------|
| Comportamento exigente não usual | Perfeccionismo |
| Pedidos excessivos para procedimentos estéticos e cirúrgicos | Insatisfação corporal |
| Insatisfação com os procedimentos estéticos e cirúrgicos anteriores | Insatisfação corporal |
| Expectativa de que a Cirurgia Plástica vá resolver todos os problemas | Expectativas não realistas |
| Preocupação excessiva com pequenos detalhes da aparência | Percepção seletiva |
| Comprometimento de relacionamentos afetivos e sociais | Prejuízo no funcionamento global |
| Crença de que os comentários e o comportamento de todas as pessoas relacionam-se com sua aparência | Percepção de auto-referência |
| Persistente reasseguramento do defeito percebido | Busca de reasseguramento |
| Estratégias ou comportamentos de tentar ocultar ou desviar a atenção do defeito percebido | Camuflagem |
| A falta de consciência do seu estado mórbido, convicção da existência do defeito percebido | Falta de insight ou auto-percepção |

Fonte: compreendendo a psicopatologia do transtorno dismórfico corporal de pacientes de cirurgia plástica: resumo da literatura, 2014.

V.10. SUGESTÕES PRÁTICAS PARA ABORDAGEM DO PACIENTE COM TDC

Para possibilitar o planejamento de uma estratégia de tratamento com maior potencial de sucesso, alguns pontos precisam ser discutidos durante a abordagem do portador de TDC. Primeiramente, é importante fornecer, ao paciente, informações sobre o transtorno psiquiátrico que eventualmente possui, assim como orientações a respeito dos seus sinais e sintomas, mostrar-se disposto a ajudá-lo, sem minimizar ou desprezar suas preocupações com

a aparência, visto que seu sofrimento é real e pode aumentar, embora determinado por fatores objetivamente irreais. Sugere-se dizer ao indivíduo que ele aparenta ter um problema de imagem corporal, que esse transtorno é uma desordem conhecida, que muitas pessoas o têm, e que é tratável.

Deve-se estimular, junto ao paciente, a leitura de material didático sobre TDC para que ele, assim e possivelmente, se identifique clinicamente. A inclusão da família nas informações e orientações sobre TDC pode ser útil, visto que não é fácil convencer tais pacientes de que seu problema não é estético e, sim, envolve um transtorno afetivo-cognitivo-corporal. Geralmente é ineficaz tentar dissuadir o paciente de suas preocupações ou fazê-lo parar ou alterar seu comportamento obsessivo e/ou compulsivo.

Pacientes com um bom nível crítico com relação ao seu transtorno são mais fáceis de tratar: esses pacientes reconhecem que podem estar exagerando com relação à sua preocupação com a aparência e que estão aumentando suas deformidades fora de proporção e, nesses casos, deve-se reforçar que estão corretos. Deve-se conscientizá-los nas consequências que os problemas com a aparência estão lhe causando e/ou serão capazes de causar, para que o encaminhamento a um profissional de saúde mental seja mais facilmente aceito.

Também é de extrema importância que o cirurgião plástico dedique sua atenção e tempo à realização de uma anamnese clínica que permita conhecer os portadores de TDC de forma global, visualizando-os enquanto indivíduo, muito além de seus sintomas, e oferecendo-lhes chance de expor seus sentimentos. O transtorno psiquiátrico, muitas vezes, é uma escapatória a uma situação de conflito pessoal ou aparece como pedido inconsciente por cuidado. Quando o cirurgião plástico oferece um espaço de escuta atenta às questões emocionais e identifica algumas causas, permite ao paciente compreender que há sentimentos vinculados a seus sintomas.

É melhor evitar procedimentos estéticos (até mesmo os minimamente invasivos) antes de uma avaliação psicológica completa. É recomendado dizer ao paciente que, por ser portador de TDC, existe uma preocupação de que fique insatisfeito com o resultado da cirurgia, podendo, inclusive, piorar sua angústia. Encaminhar o paciente para tratamento com um psicólogo, psiquiatra ou psicanalista, ao invés de encaminhá-lo para outro cirurgião, é o mais sensato a ser feito.

Para os casos nos quais os procedimentos serão realizados, é importante destacar a importância de medidas que resguardarão os cirurgiões em casos de processos judiciais, pois, trabalhos perfeitos do ponto de vista técnico, podem tornar-se um fracasso nos casos de pacientes não psicologicamente preparados para as mudanças corporais, devido às distorções na sua corporalidade por eles percebidas.

O cuidado indispensável que o cirurgião plástico precisa adotar é registrar, por escrito, seja nos Termos de Consentimento Informado e Esclarecido, seja no próprio prontuário médico (preferencialmente com a assinatura do paciente ao lado desse registro) a informação de que embora vá empregar a melhor técnica cirúrgica, com isso não estará prometendo resultado específico ou imaginariamente idealizado. Esse Termo deve contar todas as informações referentes ao procedimento, seus riscos e possíveis complicações.

Além disso, deve fazer a documentação por escrito (ou mesmo por vídeo) das consultas: anotar todas as perguntas feitas e respostas dadas durante a entrevista pré-cirúrgica, contendo as motivações e expectativas para com a cirurgia plástica, por exemplo. Além disso, também devem constar no prontuário os registros fotográficos pré e pós-cirúrgicos, assim como relatórios de qualquer consulta especializada que ocorra durante antes da cirurgia.

Finalmente, o cirurgião deve evitar o uso de *softwares* de manipulação de imagens, que têm por finalidade projetar possíveis resultados cirúrgicos, pelo risco de causar expectativas irrealistas nesses pacientes em especial. O cirurgião deve manter-se atualizado com a legislação para que não seja alvo de demandas judiciais injustas, mesmo quando houve sucesso do ato cirúrgico.

VI. METODOLOGIA

DESENHO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado por meio de uma revisão sistemática com dados obtidos secundariamente da literatura atualizada, através de métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os diversos estudos referentes à relação entre Transtorno Dismórfico Corporal e Cirurgia Plástica Estética.

Devido ao tipo de estudo, revisão sistemática da literatura, não houve necessidade de análise de Projeto de Pesquisa por parte de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em acordo com a Resolução CNS-MS nº 196 de 1996.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos todos os artigos que tiveram como tema central a abordagem envolvida nos objetivos descritos, publicadas nas línguas portuguesa ou inglesa.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os artigos científicos excluídos foram aqueles escritos em qualquer outra língua não inserida entre as citadas nos critérios de inclusão, assim como estudos que não tiveram como tema central a abordagem pertinente aos objetivos descritos.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS

As bases de dados eletrônicas consultadas foram LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e SciELO (The Scientific Electronic Library Online). Além desses três bancos eletrônicos, foi realizada, sistematicamente, a pesquisa (busca ativa) em lista de referências bibliográficas dos artigos selecionados e de revisões.

Os descritores selecionados foram Transtorno Dismórfico Corporal ou Cirurgia Plástica ou Transtorno Dismórfico corporal e Cirurgia Plástica.

A escolha dos artigos foi orientada a partir de uma pré-seleção relacionada ao título dos artigos e, quando relevantes para o objetivo do estudo, averiguados quanto aos critérios de inclusão. No seguimento, foi feita a leitura dos artigos selecionados para análise do conteúdo, a fim de serem utilizados como fonte para embasamento dos objetivos delineados por este trabalho.

VII. RESULTADOS

Após busca nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE e SciELO e busca ativa em lista de referências bibliográficas, foram encontrados 14 artigos. Não foi feito nenhum refinamento da busca, nem com relação aos índices, nem com relação a ano de publicação. Destes, 1 foi excluído por não apresentar acesso completo ao texto e 02 foram excluídos por serem idênticos. Posteriormente, foi realizada a leitura completa de 11 artigos.

Como resultado da leitura completa, 3 artigos foram excluídos pois não se enquadravam no objetivo do trabalho. Portanto, foram incluídos 8 artigos, publicados em 5 periódicos.

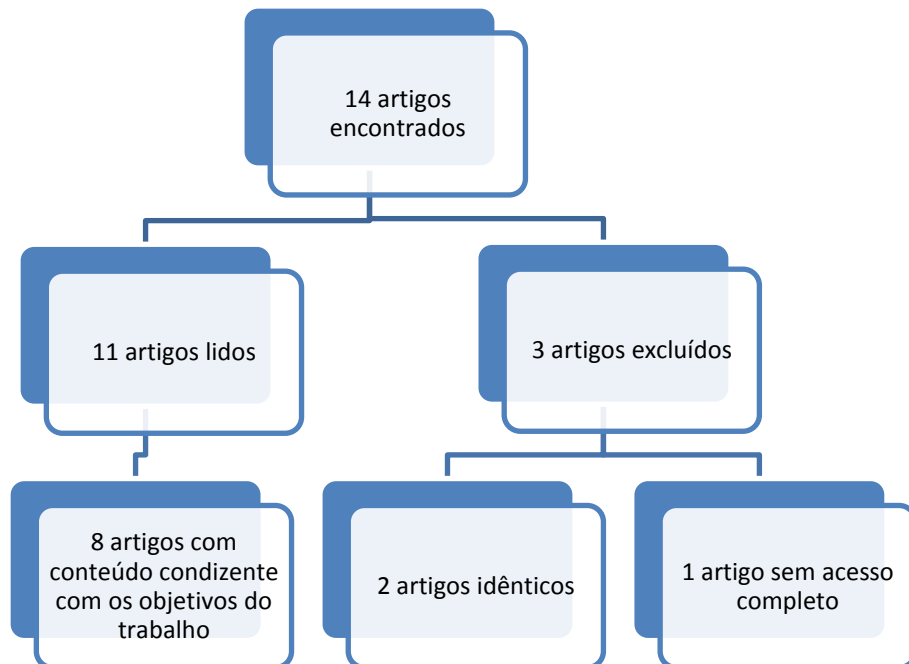


Figura V. Seleção de artigos

Os artigos selecionados foram concordantes quanto à intensa relação entre o TDC e a Cirurgia Plástica Estética, sendo esse transtorno um dos mais comuns nessa prática médica (citada em todos os estudos como principal forma de busca primária por tratamento, em detrimento de tratamentos psiquiátricos), além disso, todos falam do subdiagnóstico desse transtorno na área da saúde, pelo insuficiente conhecimento a seu respeito que ainda se tem, referindo-se que poucos pacientes recebem o tratamento adequado (tratamento

psicológico/psiquiátrico, podendo ou não estar associado ao tratamento cirúrgico), o que pode acarretar sérios danos à qualidade de vida desses indivíduos.

VIII. DISCUSSÃO

VIII.1. TDC NA LITERATURA

Esta revisão da literatura evidenciou número relativamente pequeno de artigos relacionando os temas Transtorno Dismórfico Corporal e Cirurgia Plástica, mesmo diante da importância que esse transtorno psiquiátrico possui em um campo de atuação médica tão ascendente. Os artigos também citam a carência de estudos produzidos e publicados em âmbito nacional.

VIII.2. PREVALÊNCIA

Os dados disponíveis na literatura sobre prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal são bastante divergentes. Embora a maioria dos estudos mostre prevalências de TDC de 6 a 15% entre pacientes de Cirurgia Plástica (Aouizerate et al., 2003; Malick et al., 2008; Crerand et al., 2006), outros apontaram percentuais maiores, entre 16 e 24% (Veale et al., 2003; Bellino et al., 2006; PicavetVA et al., 2014) e de até 53% (Vindigni et al. 2002).

Os autores fazem referência à lacuna de dados a respeito do transtorno e sugerem que se deva à falta de uniformização metodológica dos estudos. Além disso, também mencionam que os dados disponíveis provavelmente são subestimados, devido ao subdiagnóstico do TDC na prática médica. Todos os estudos, entretanto, sugerem uma prevalência maior na Cirurgia Plástica Estética do que na população geral. Espera-se que este tipo de pesquisa ganhe volume, uma vez que vai se estabelecendo uma cultura de avaliação do conhecimento que já existe sobre o tema.

VIII.3. ESCALAS DE AVALIAÇÃO

Apesar dos resultados promissores que vêm sendo obtidos com o uso das escalas de avaliação, todos os artigos analisados ressaltam a importância de futuras pesquisas para que esses instrumentos melhorem sua função no processo diagnóstico. Essas pesquisas incluem a utilização de um número maior de participantes com o diagnóstico de TDC, procurando-se superar a dificuldade de acesso que usualmente se tem em relação a essa população. Amostras

maiores e formadas por extratos mais diversificados da população em termos de sexo, faixa etária, comorbidades, entre outras variáveis, deverão permitir, entre outras coisas, a definição de pontos de corte dos instrumentos.

VIII.4. INDICAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA

A presença de TDC não é um critério de exclusão para a cirurgia plástica, e alguns pacientes com TDC (aqueles com graus leve ou moderado) podem se beneficiar com procedimentos estéticos cirúrgicos, no que tange à satisfação com a aparência, autoestima e saúde mental pós cirurgia (Von Soest et al., 2009 e Rubesa et al., 2011, de Brito et al., 2012; Reavey et al., 2011; Veale et al., 2003; Felix et al., 2014).

Para alguns autores, a cirurgia plástica não é indicada como forma de solucionar ou amenizar o TDC em pacientes com graus elevados do distúrbio (Pavan et al., 2008). A falta de consciência do estado mórbido pode levá-los a um estado delirante, o que pode explicar a insatisfação de muitos desses pacientes com o resultado de procedimentos cirúrgicos e seus frequentes pedidos por cirurgias adicionais (Knorr et al., 1967; Goin et al., 1986; Phillips et al., 2010). Também foi constatado que conflitos emocionais, como depressão e níveis de ansiedade não desapareceram após o procedimento (Rubesa et al., 2011) e que não houve melhora quanto ao aspecto da imagem corporal (Coughlin et al., 2012; Lambrou et al., 2012; Pollice et al., 2009 e Callaghan et al., 2011). Segundo os autores, o melhor tratamento para estes indivíduos deve ser realizado mediante o uso de inibidores da recaptação de serotonina e terapia cognitiva comportamental.

Outros estudos, entretanto, afirmam que a Cirurgia Plástica Estética (estudos foram feitos com pacientes submetidos a rinoplastia) pode beneficiar todos os pacientes com TDC, independentemente do grau do transtorno, através da redução da ideia supervalorizada da aparência, o que beneficia os relacionamentos pessoais, melhorando o funcionamento global dos indivíduos, mesmo sem melhora completa do transtorno (Hay 1970; Hay e Heather, 1973).

Esses dados nos levam a constatar ainda mais a importância do cirurgião plástico na indicação (ou não) de procedimentos cirúrgicos, graças a uma visão holística dos pacientes, atentando para a possibilidade de serem portadores do TDC, visto que, nem todos eles se beneficiarão de tais procedimentos. Essa avaliação requer que o cirurgião plástico esteja bem

informado sobre a eventual psicopatologia do paciente e que seja capaz de identificar, nele, sinais e sintomas disso indicativos. O uso da classificação do grau de gravidade do TDC, na seleção de candidatos de Cirurgia Plástica, pode reduzir o número de pacientes com sintomas no pós-operatório. O início precoce dos sintomas do TDC, o tempo (horas/dia) gasto com a aparência, crenças delirantes negativas sobre a imagem corporal e comportamentos obsessivo-compulsivos dão indícios clínicos da gravidade da psicopatologia e podem servir de ajuda ao cirurgião plástico na hora de decidir se deve ou não operar.

VIII.5. COMORBIDADES

Ao estudar os aspectos psicofisiopatológicos do Transtorno Dismórfico Corporal ficou clara a dificuldade de diagnóstico e de condução desses pacientes devido à frequente associação com outras psicopatologias, que também devem ser avaliadas em conjunto pelo cirurgião plástico nos períodos pré e pós-cirúrgicos. Percebe-se, portanto, a extrema importância de uma abordagem multiprofissional, para que os resultados dos tratamentos, sejam eles cirúrgicos ou não, sejam satisfatórios.

VIII.6. QUESTÕES ATUAIS PARA ESTUDOS FUTUROS

A importância que a Cirurgia Plástica Estética possui na atualidade, enquanto fenômeno sociocultural, exige avaliação minuciosa de questões relacionadas à expansão dessa área médica. O “lifestyle medicine” ou medicina de estilo de vida (responsável por estudar o fenômeno social no qual condições clínicas que fazem parte da natureza humana e dos processos de envelhecimento são alvo da indústria farmacêutica), por exemplo, é uma das ferramentas hipermodernas para analisar a quantidade de desenrolares que a busca pela beleza e juventude pode gerar na nossa sociedade.

Diante do exposto neste trabalho, da repercussão imensa que os transtornos psiquiátricos podem acarretar, percebe-se o quanto ainda há que ser estudado, desenvolvido e debatido.

Uma das questões atuais a serem abordadas são as práticas de procedimentos estéticos por profissionais não habilitados, o que tem sido diariamente exibido nos noticiários midiáticos, por conta de suas consequências desastrosas. Vale ressaltar-se que os resultados negativos envolvem aspecto físico (não são poucos os casos relatados de complicações pós-operatórias e, mesmo, óbito), ficando para futuros estudos a análise dos prejuízos psicológicos

resultantes desses procedimentos, realizados sem técnica apropriada e sem nenhuma apropriação do conhecimento acerca desses distúrbios mentais.

A literatura também carece de abordagem das questões judiciais envolvendo os procedimentos cirúrgicos estéticos. A única área da medicina que tem obrigação de resultado é a Cirurgia Plástica Estética, ao presumir que o cirurgião plástico prometeu determinado resultado ao paciente operado. Todos os outros serviços de medicina têm responsabilidade pelo meio (ou seja, oferecer o melhor e mais adequado tratamento), mas não pelo resultado, que é a cura do paciente.

A aplicação genérica dessa jurisprudência pode concretizar muitas injustiças. Apesar de o resultado cirúrgico depender do uso da boa técnica e habilidade do cirurgião, o resultado de uma cirurgia plástica até pode ser planejado, mas não pode ser prometido, garantido. Além de cada organismo reagir de uma forma distinta à cirurgia (com suas respostas inflamatórias e de cicatrização, por exemplo, individualizadas), ainda temos a resposta psicológica dos pacientes frente aos procedimentos, afinal, a modificação corporal promove uma transformação na própria existência do indivíduo e na sua forma de relacionar-se com o mundo.

IX. CONCLUSÕES

Após esta revisão da literatura sobre a relação existente entre o TDC e a Cirurgia Plástica Estética, ficou clara a associação entre eles, em um contexto cultural bastante influenciador de padronização das formas corporais o que, por um lado, atua como fator gerador de insatisfação corporal e, por outro lado, como impulsionador do crescimento e importância da Cirurgia Plástica Estética como meio promissor para o alcance da beleza. O Transtorno Dismórfico Corporal, bastante complexo e associado a diversas psicopatologias, pode surgir no terreno fértil das insatisfações para com a aparência em indivíduos com predisposição neuropsíquica, causando intenso sofrimento.

A Cirurgia Plástica Estética oferece um campo de visão importante para o estudo de portadores de TDC, visto que os procedimentos cirúrgicos são procurados antes que qualquer tratamento psicológico/psiquiátrico. Não se exagera ao afirmar que essa prática médica lida com as formas do corpo e também da alma. Freud já defendia que a percepção de si mesmo é o que dá a identidade e o reconhecimento do eu. A partir da ideia de que o ego inicialmente é totalmente corporal e que, ao longo do desenvolvimento humano, o corpo continua ocupando forte relação com o psiquismo, a cirurgia plástica pode ser entendida como uma saída para a insatisfação e o desequilíbrio da conexão corpo e mente.

O corpo, em sua associação com o meio, determina a personalidade, as experiências somáticas e a saúde física e mental de uma forma global. A partir dessa intrincada relação, não devem ser dissociados os cuidados com a forma corporal daqueles dedicados ao bem da psique.

É imprescindível que o cirurgião plástico tenha a sensibilidade de um artista, pois ele deve sentir o problema que levou o paciente a solicitar-lhe a intervenção cirúrgica, uma vez que esta poderá determinar todo um novo conceito de seu ser, uma nova integralização de sua corporalidade, um livre inter-relacionamento sociopessoal em sua mundalidade (Pousada, 1982). O Transtorno Dismórfico Corporal nos prova isso e só nos mostra o quão complexa (e bela) é a cirurgia plástica, até mesmo quando nenhum procedimento cirúrgico é realizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BADIM, José. **Introdução à Cirurgia Plástica**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1971

BATTINI, Elissa. **Desenvolvimento de software para avaliação do transtorno dismórfico corporal sob enfoque analítico-comportamental**. 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

CALOGERO, Rachel M. et al. Predicting excessive body image concerns among British university students: The unique role of Appearance-based Rejection Sensitivity. **Body Image**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.78-81, jan. 2010. Elsevier BV.

CÂNDIDO, Pâmela Aparecida. **Transtorno Dismórfico Corporal: lutando contra o espelho**. 2014. 40 f. Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia, Centro de Educação, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2014.

Coelho FD, Carvalho PHB, Paes ST, Ferreira MEC. Cirurgia plástica estética e (in) satisfação corporal: uma visão atual. *Rev. Bras. Cir. Plást.*2017;32(1):135-140

CONRADO, Luciana Archetti. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 6, p. 569-581, Dec. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000600002&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Apr. 2019.

CONRADO, Luciana Archetti. **Prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal em pacientes dermatológicos e avaliação da crítica sobre os sintomas nessa população**. 2008. 169 f. Tese (Doutorado) - Curso de Dermatologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MACEDO, Cibele Mariano Vaz de; ANDRADE, Regina Glória Nunes. Imagem de si e Autoestima: A Construção da Subjetividade no Grupo Operativo. **Psicol. pesq.**, Juiz

de Fora , v. 6, n. 1, p. 74-82, jul. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472012000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 abr. 2019.

Menezes JA, Santos AC, Pimenta PS, Favaretto CM, Ruback MC. Dismorfofobia: o olhar do outro. Rev. Bras. Cir. Plást.2014;29(3):467-472

POUSADA, João. **Cirurgia Plástica**: Contribuição para o ensino da especialidade. São Paulo: Fundo Editorial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, 1982

Ribeiro RVE, Silva GB, Augusto FV. Prevalência do transtorno dismórfico corporal em pacientes candidatos e/ou submetidos a procedimentos estéticos na especialidade da cirurgia plástica: uma revisão sistemática com meta-análise. Rev. Bras. Cir. Plást.2017;32(3):428-435

Silva MLA, Taquette SR, Aboudib JHC. Transtorno dismórfico corporal: contribuições para o cirurgião plástico. Rev. Bras. Cir. Plást.2013;28(3):499-506

VEER, V et al. Pre-operative considerations in aesthetic facial surgery. **The Journal Of Laryngology & Otology**, [s.l.], v. 128, n. 01, p.22-28, jan. 2014. Cambridge University Press (CUP).

Brito MJA, Nahas FX, Cordás TA, Felix GAA, Sabino Neto M, Ferreira LM. Compreendendo a psicopatologia do transtorno dismórfico corporal de pacientes de cirurgia plástica: resumo da literatura. Rev. Bras. Cir. Plást.2014;29(4):599-608

Brito MJA, Nahas FX, Cordás TA, Felix GAA, Sabino Neto M, Ferreira LM. Compreendendo a psicopatologia do transtorno dismórfico corporal de pacientes de cirurgia plástica: resumo da literatura. Rev. Bras. Cir. Plást.2014;29(4):599-608