



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

ROSA MARIA CARRAZZONI

**AVALIAÇÃO E ANÁLISE DE
PSICOPATOLOGIAS EM PACIENTES QUE
BUSCAM A CIRURGIA ESTÉTICA**

**São José do Rio Preto
2019**

ROSA MARIA CARRAZZONI

**AVALIAÇÃO E ANÁLISE DE
PSICOPATOLOGIAS EM PACIENTES QUE
BUSCAM A CIRURGIA ESTÉTICA**

Dissertação do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, como requisito parcial, para obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Góngora Rubio

**São José do Rio Preto
2019**

Carrazzoni, Rosa Maria

Avaliação e análise de psicopatologias em pacientes que buscam a cirurgia estética./ Rosa Maria Carrazzoni.

São José do Rio Preto, 2019.

66 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Fernando Góngora Rubio

1. Prevalência; 2. Cirurgia estética ; 3. Transtorno dismórfico corporal
4. Ansiedade; 5. Depressão; 6. Autoestima; 7. Qualidade de vida.

ROSA MARIA CARRAZZONI

**AVALIAÇÃO E ANÁLISE DE
PSICOPATOLOGIAS DE PACIENTES QUE
BUSCAM A CIRURGIA ESTÉTICA**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Orientador: Prof. Dr. Fernando Góngora Rubio

1ºExaminador: Profa. Dra. Elizabeth do Espírito Santo Cestário

2ºExaminador: Profa. Dra. Cléa Dometilde Soares Rodrigues Simão

São José do Rio Preto, 18 de Junho de 2019.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Epígrafe.....	iv
Lista de Figuras e Gráficos.....	v
Lista de Tabelas e Quadros.....	vi
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 OBJETIVOS.....	10
1.1.1 Objetivo geral	10
1.1.2 Objetivos específicos	10
2 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	11
3 RESULTADOS.....	19
4 DISCUSSÃO.....	33
5 CONCLUSÃO.....	40
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
APÊNDICES.....	52
ANEXOS.....	56

Dedicatória

Dedico esta dissertação de mestrado aos meus queridos pais “*Sonia Abou Assi Carrazzoni e Angelo Antonio Carrazzoni*”.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à *DEUS* que me fortalece na FÉ, e por permitir que eu conquiste mais esta vitória na minha vida.

Ao meu orientador *Profº Drº Fernando Gongora Rubio*, por sua dedicação e orientação, permitindo que este estudo fosse concluído com êxito.

À *Profª Drª Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki* pela motivação nas pesquisas científicas, sempre me auxiliando nesta empreitada para que eu pudesse vencer

Ao *Profº Drº Antonio Roberto Bozzola* – meu eterno professor - por incentivar - me em pesquisas sobre a cirurgia plástica . Sempre meu exemplo, tenho muita admiração do profissional que é ; com toda a sua humildade, dedicação, inteligência e sabedoria revolucionou a cirurgia plástica em São José do Rio Preto e região, Brasil e exterior.

Aos *colaboradores* da Pós-Graduação Stritu Sensu do Programa de Ciências da Saúde: *Fabiana Cristina Godoy, José Antonio Silistino e Luis Henrique Oliveira Ferreira*, sempre me apoiando com atenção e dedicação em todas as situações.

Aos *colaboradores* do *Ambulatório de Cirurgia Plástica e Cirurgia Geral do Hospital de Base de Rio Preto* por colaborar na seleção da amostra do estudo.

Aos *colaboradores* do *Comitê de Ética e Pesquisa* da FAMERP pela excelência na qualidade da apreciação do meu projeto de pesquisa, em especial à *Ana Lúcia Redigolo* por sua paciência e auxílio no cadastro do Projeto na Plataforma Brasil.

Aos *colaboradores* de todos os serviços administrativos da *FAMERP* por proporcionarem um ambiente tranquilo e acolhedor que me permitiu a conclusão desta trajetória.

À *Jaine A Padilla* pelo auxílio na formatação e correção deste estudo.

Em *especial* aos *pacientes* que generosamente aceitaram voluntariamente em participar deste estudo ; suas colaborações foram muito valiosas e seguramente farão diferença na qualidade dos serviços prestados no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital de Base de Rio Preto.

Meu muito obrigado a todos e que DEUS os abençoe hoje e sempre!

ROSA MARIA CARRAZZONI

Não se pode tratar uma doença ou deformidade num ser humano como se ele fosse composto de um mosaico... deve-se entendê-lo como um todo.

(Drº Sylvio de Moraes)

Lista de Figura e Gráficos

Figura 1.	Dismorfofobia.....	06
Figura 2.	Transtorno dismórfico Corporal.....	06
Figura 3.	Fluxograma dos procedimentos a que foram submetidos os dois grupos.....	18
Gráfico 1.	Distribuição da especialidade cirúrgica dos pacientes atendidos.....	21
Gráfico 2.	Prevalência de respostas afirmativas aos três itens dos Critérios Diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal, segundo a APA, 2000.....	22

Lista de Tabelas e Quadros

Quadro 1.	Características associadas ao TDC.....	09
Tabela 1.	Características basais dos 55 pacientes incluídos.....	20
Tabela 2.	Prevalência de TDC, ansiedade e depressão, nos pacientes do GP e do GC.....	22
Tabela 3.	Prevalência e pontuação de ansiedade e depressão, segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	23
Tabela 4.	Análise comparativa de acordo com a presença de ansiedade, segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	24
Tabela 5.	Análise comparativa de acordo com a presença de depressão, segundo a Escala Hospitalar Ansiedade e Depressão.....	25
Tabela 6.	Prevalência de depressão nos pacientes, segundo o Inventário de Depressão de Beck.....	26
Tabela 7.	Pontuação em relação à autoestima, segundo a Escala de Autoestima de Rosenberg, para os pacientes incluídos.....	27
Tabela 8.	Qualidade de Vida dos pacientes segundo os domínios do questionário SF-36.....	28
Tabela 9.	Qualidade de Vida dos pacientes segundo o questionário SF-36, de acordo com a especialidade cirúrgica.....	29
Tabela 10.	Análise de correlação entre a qualidade de vida e autoestima.....	30
Tabela 11.	Associação entre a qualidade de vida e ansiedade segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	31
Tabela 12.	Associação entre a qualidade de vida e depressão segundo a Escala Hospitalar e Ansiedade e Depressão.....	32

Lista de Símbolos e Abreviaturas

AN	Anorexia Nervosa
APA	American Psychiatric Association
BDI	<i>Beck depression inventory</i>
BN	Bulimia Nervosa
CPE	Cirurgia Plástica Estética
EUA	Estados Unidos da América
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HADS-A	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão- Ansiedade
HADS-D	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão- Depressão
HB	Hospital de Base
ISAPS	Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBCP	Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
SUS	Sistema único de saúde
TANE	Transtorno Alimentar Não Especificado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	Transtornos Depressivos
TDC	Transtorno Dismórfico Corporal

Introdução: A área da Cirurgia Plástica Estética (CPE) dispõe de inúmeros procedimentos para melhorar a forma e a aparência do corpo humano fazendo com que o Brasil ocupe o segundo lugar no ranking mundial na realização desses recursos. Os pacientes que buscam a CPE apresentam uma maior prevalência de psicopatias, destacando-se o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) com uma incidência de 7 a 8%. Estudos europeus mostraram prevalências dessa patologia de até 9,1% nos pacientes de CPE e na literatura foram encontradas prevalências de até 53,6%. **Objetivo:** O presente estudo pretende avaliar a prevalência das psicopatias nos pacientes que buscam a CPE e a cirurgia de vesícula biliar no Ambulatório do Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto/SP. **Casuística e Métodos:** Para tanto, realizou-se um estudo descritivo, comparativo, quantitativo e qualitativo, por meio da avaliação de psicopatias, usando como instrumentos a Avaliação do Perfil sociodemográfico, Escala Hospitalar de ansiedade e Depressão (HAD), Critério do DSM-IV-TR para diagnóstico da TDC, Instrumento de autoestima de Roesemberg, Inventário de Depressão de Beck (IDB) e Inventário de Qualidade de Vida SF-36. Foram randomizados voluntariamente 55 pacientes candidatos a CPE e a cirurgia biliar. A análise estatística foi realizada mediante o software IBM-SPSS Statistics versão 24 e valores de $P < 0,05$. **Resultados:** Este estudo avaliou 33 (60%) pacientes que buscaram a cirurgia plástica (GP) e 22 (40%) a cirurgia de vesícula biliar (GC). Do total, foram encontrados 40 (72,82%) de TDC, sendo a maioria no GP (65%). Predominância do sexo feminino (90,92%). Na utilização do Inventário de Depressão de Beck, 11 (20%) apresentam depressão leve a moderada, sendo 8 (72,7%) na GP. **Conclusão:** Nas psicopatologias avaliadas

prevaleceu-se o TDC com relevância estatística nos pacientes que buscaram a CPE. Apesar das demais psicopatologias não serem significantes, vale ressaltar a necessidade de avaliação pré-operatória e encaminhar os pacientes ao profissional qualificado para diagnóstico e tratamento específico, e assim obter melhores resultados no pós-operatório.

Palavras chave: 1. Prevalência; 2. Cirurgia plástica; 3. Transtorno dismórfico corporal; 4. Ansiedade; 5. Depressão; 6. Autoestima; 7. Qualidade de vida.

Introduction: The Aesthetic Plastic Surgery (APS) area dispose of many procedures to improve the body's shape and appearance following the beauty pattern. Thereby, Brazil takes the second place on the worldwide ranking. The patients who search for an APS show bigger psychopaths prevalence; enhancing the Body Dysmorphic Disorder (BDD), which varies between 7 and 8%, two european studies showed 6,3% and 9,1% of prevelance on those APS patients, althought of what is shown in the literature, percentages between 2,9 and 53,6%. **Objective:** basing on this, this present study intends on evaluating the presence of psychopaths on patients that search for an APS and the gallbladder surgery at the Hospital de Base's ambulatory in São José do Rio Preto/SP. **Casuistry and methods:** Therefore, a study was carried out, in a descriptive, comparative, quatitative and qualitative manner, by evaluating those psychopats, using as instruments the Sociodemographic Profile Assessment, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), DSM-IV-TR criteria for diagnosis of TDC, Evaluation of Rosenberg self-esteem scale, Beck Depression Inventory (BDI) and Quality Inventory of Life SF-36. Fifty patients who were candidates for CPE and biliary surgery were randomized. **Results:** This study evaluated 33 patients (60%) who has searched for APS (PG) and 22 (40%) gallbladder surgery (GC). Of the total, 40(72.82%) in PG(65%). Prevalence of female gender (90.92%). Using the Beck Depression Inventory, 11(20%) presented mild to moderate depression, of which 8(72.7%) were PG. **Conclusion:** It is concluded that, among those psychopaths evaluated, the BDD prevailed with statistic relevance on those patients who searched for an APS. Although

the others psychopaths hasn't shown relevance, it is worth pointing the need of an preoperative evaluation and route the patients to a qualified professional to diagnose and treat success post operative.

Keywords:1.Prevalence; 2. Plastic surgery; 3. Anxiety; 4.Depression; 5. Self esteem; 6. Quality of life; 7. Body Dysmorphic Disorder

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) define a Cirurgia Plástica Estética como a especialidade cirúrgica que tem a finalidade específica de reconstruir estruturas corporais que apresentem alteração em sua forma ou função, ou seja, com deformidades que podem ser de causas tanto congênicas quanto adquiridas. Atua, assim, de forma a remodelar os tecidos com o objetivo de obter resultados próximos possíveis ao da normalidade, restabelecendo sua capacidade de funcionamento e aparência. Com isso, a cirurgia plástica estética é realizada para melhorar a aparência e a autoestima da pessoa.⁽¹⁾

A plástica reparadora já consiste na reabilitação da função de diversas estruturas, geralmente após traumas, doenças ou variações e anomalias congênicas, melhorando seu estado funcional.⁽¹⁻³⁾

A área da Cirurgia Plástica Estética (CPE) dispõe de inúmeros procedimentos para melhorar a forma e a aparência das diferentes partes do corpo humano. Alguns dos procedimentos desta área médica recebem destaque pela elevada procura e larga realização em nosso país, favorecidos pela expectativa de resultados que aproximem a aparência do indivíduo ao padrão de beleza em voga na sociedade contemporânea.⁽⁴⁾

Diante dos dados estatísticos que mostram o elevado número de pessoas buscando algum tipo de CPE, surge a questão de quais seriam os motivos implícitos nesta busca de mudanças físicas: elementos externos e expectativas socioculturais de ideais de beleza humana ou seriam as características afetivas dos indivíduos? Certamente o processo é multideterminado e complexo, porém há de se levar em conta

as evidências empíricas apontando elevado grau de insatisfação dos indivíduos com a própria aparência.⁽⁵⁾

As características de personalidade e a imagem corporal mostram-se, portanto, como variáveis relevantes a serem consideradas neste complexo processo da CPE, parecendo envolver, nos indivíduos a ela submetidos, uma busca de maiores níveis de satisfação pessoal com o próprio corpo e consigo mesmo, conforme as evidências atuais da literatura científica da área. Desta maneira, conhecer características internas dos solicitantes de CPE poderia vir a otimizar os alcances deste tipo de procedimento médico, eventualmente poupando infrutíferos desgastes pessoais e profissionais. Nessa direção, a utilização de técnicas de avaliação psicológica mostra-se como um recurso propício à investigação destes aspectos, oferecendo instrumentos padronizados, válidos e precisos para a compreensão das características psíquicas. A imagem corporal é a representação que um indivíduo faz de seu corpo em sua mente.⁽⁶⁾

As indicações para a realização de cirurgias plásticas estéticas são, na maioria das vezes, para melhorar a aparência do indivíduo, implicando em transformações físicas que afetam diretamente os fatores psicológicos relacionados à percepção da imagem corporal. Assim, os cirurgiões plásticos são capazes de conduzir em seus pacientes não só alterações físicas, mas também as psicológicas.⁽⁶⁻⁷⁾ Esses procedimentos cirúrgicos, associados à recuperação da autoestima e da autoimagem de um indivíduo, baseiam-se na restauração da forma e da função corporais, contribuindo para o restabelecimento não só das condições estéticas, mas também da qualidade de vida e beleza.^(2,6)

A preocupação com a aparência física é uma das características centrais dos pacientes que buscam a cirurgia plástica. O modelo teórico da imagem corporal é uma

variável mediadora que influencia na tomada de decisão para a realização do procedimento cirúrgico. As atitudes, em relação à imagem corporal, possuem duas dimensões: valor e valência. As pessoas, com altos níveis de valência, baseiam seus níveis de autoestima em relação à sua imagem corporal; o valor pode ser pensado como o grau de insatisfação com a aparência. A insatisfação com a aparência física, por sua vez, gera pensamentos motivacionais para mudanças de comportamentos, a fim de alterar a aparência física e a imagem corporal, como a adoção de dietas alimentares para perda de peso, prática de exercício físico, compra de roupas e cirurgias plásticas. Dessa maneira, a interação entre a valência e o valor em última análise influencia também na decisão para a realização da cirurgia plástica em busca da beleza.^(8,9)

Uma das primeiras descrições de alterações psicológicas relacionadas a um procedimento cirúrgico foi observada em um paciente do psiquiatra Sigmund Freud, que se submeteu a um procedimento cirúrgico estético, em 1918, onde sua obsessão relacionada a uma cicatriz trivial pela remoção de um cisto se tornou foco de um dos mais famosos casos nos anais de psiquiatria.⁽¹⁰⁾ Evidenciando que os primeiros trabalhos na literatura surgiram no campo de aspectos psiquiátricos na cirurgia plástica.⁽¹¹⁻¹²⁾

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o transtorno depressivo acomete atualmente mais de 350 milhões de pessoas no mundo e já é a segunda causa de doença do DALYs (*Disability Adjusted Life Years*).⁽¹³⁾ Estima-se que em 2020 a depressão ocupe a primeira posição nos países em desenvolvimento e a segunda nos países desenvolvidos como a causa mais importante de incapacidade em ambos os gêneros, em qualquer faixa etária, seguido das doenças coronarianas. Em 2030 o transtorno depressivo está projetado para ser a doença mais comum do mundo.⁽¹⁴⁾

Atualmente as medidas corporais da beleza são cada vez mais detalhadas e exibidas pela mídia como sinônimo de sucesso nos mais diversos âmbitos sociais. Além disso, as vantagens são inúmeras para aqueles que seguem as diretrizes do corpo ideal, como admiração da população, longevidade, sucesso financeiro, realização sexual e a própria auto valorização.⁽¹⁵⁾

Atualmente a OMS define saúde como o bem-estar global ou biopsicossocial do indivíduo. Sendo assim, deformidades ou “falhas” estéticas consideradas responsáveis por insatisfação ou sofrimento emocional têm levado um número crescente de pessoas a buscar a cirurgia plástica.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ O caráter estético dessa especialidade acaba sendo associado aos ideais de beleza da sociedade e à busca das pessoas pela perfeição corporal.⁽¹⁹⁾

Em 2013 o Brasil chegou ao primeiro lugar no *ranking* dos países que mais faziam cirurgias plásticas no mundo. Hoje permanece em segundo lugar sendo superado apenas pelos Estados Unidos.⁽²⁰⁾

O transtorno dismorfóbico corporal (TDC) foi descrito pela primeira vez em 1886 por Enrico Morcelli em Gênova onde já se fazia referência ao medo da feiura, como uma síndrome denominada dismorfobia, cuja principal característica era a extrema insatisfação do indivíduo em relação ao seu corpo, geralmente associada a outros distúrbios psicológicos de graus variados.⁽²¹⁾

O TDC é descrito também pelo DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico) como um transtorno que envolve sintomas de preocupação excessiva em relação a um defeito mínimo ou imaginário na aparência e que traz prejuízos na vida social, (conforme ilustra as Figuras 1 e 2), ocupacional ou em outras áreas importantes para o indivíduo.⁽²²⁾



Figura 1. Dismorfobia⁽²³⁾

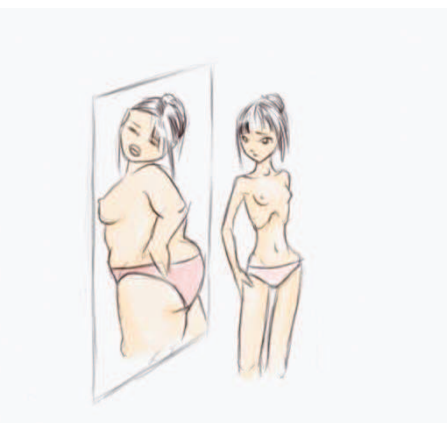


Figura 2. Transtorno Dismórfico Corporal⁽²⁴⁾

A dismorfobia é uma desordem pouco reconhecida caracterizada pela extrema insatisfação com a própria aparência. Geralmente os indivíduos com esses transtornos não se dão conta da doença e não procuram tratamento psicológico, substituindo-o pelas cirurgias plásticas.⁽²¹⁾ O TDC é descrito também pelo DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico) como um transtorno que envolve sintomas de preocupação excessiva em relação a um defeito mínimo ou imaginário na aparência que traz prejuízos na vida social, ocupacional ou em outras áreas importantes para o indivíduo.⁽²²⁾

A prevalência do TDC na população geral ainda não é bem estabelecida. No entanto estima-se que afete, aproximadamente, de 1 a 2% da população geral.⁽²⁵⁾ Os fatores genéticos parecem desempenhar importante papel na etiologia do TDC como evidenciado pelos padrões de hereditariedade; dos indivíduos com o TDC, 8% têm algum membro da família com esse diagnóstico durante a vida.⁽²⁶⁾ O TDC também compartilha a hereditariedade com o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), como mostrou um estudo familiar no qual 7% dos pacientes com o TDC tinha algum familiar de primeiro grau com o TOC.^(27,28)

Nos pacientes com o TDC os Transtornos de Ansiedade são frequentes. Num maior estudo de comorbidades, em pacientes com o TDC, o Transtorno de Ansiedade

foi relatado em 60% dos pacientes e a Fobia Social teve prevalência de 38%, tendendo a preceder o TDC.

Os critérios diagnósticos do TDC em Cirurgia Plástica e Cirurgia de Vesícula e os estudos de prevalência do TDC são menos frequentes.⁽¹⁹⁾ Esse fato pode relacionar-se à dificuldade de diagnóstico,^(13,29) pois os critérios diagnósticos que caracterizam o quadro clínico desse transtorno mental confundem-se com a essência da motivação e indicação, inerentes à insatisfação com a aparência e busca da especialidade. Assim, o critério A TDC-DSM-IV-TRTM 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.^(12,22)

O TDC é uma das condições psiquiátricas mais comuns encontradas em pacientes que procuram a Cirurgia Plástica.⁽³⁰⁾ Apesar de ser um transtorno mental comum, a prevalência do TDC em diferentes populações revela que seus sintomas são ainda de difícil reconhecimento na prática médica. Com o crescimento do número de indivíduos que buscam a cirurgia estética, a identificação do TDC deverá ser feita, a princípio, por cirurgiões plásticos e não por psiquiatras.^(31,32) Por essa razão torna-se importante desenvolver mecanismos para identificar esta doença entre os pacientes e verificar se a Cirurgia Plástica seria ou não contraindicada para tal população .

A questão central do TDC é a crença de ser deformado, feio ou não ter atrativos em algum aspecto. Na realidade, o defeito na aparência é mínimo ou inexistente. Essa distorção cognitiva torna-se uma obsessão, e os pensamentos causam estresse e são difíceis de resistir e controlar, ocupando grande parte do dia. Na realidade, o "defeito" frequentemente é imperceptível a um interlocutor que esteja a uma distância normal de conversação. São percebidos pelo paciente como devastadores, causando ansiedade e

estresse, fazendo com que busquem constantemente e de modo irracional a perfeição e simetria na sua aparência. Para diferenciar o TDC das queixas normais com a aparência, que são comuns na população geral, a preocupação deve causar estresse significativo ou prejuízo no funcionamento cotidiano.⁽³³⁾

A “Dismorfia” é o mesmo que “deformidade”.⁽³⁴⁾ Na psiquiatria e psicologia o termo é designado para definir a discrepância entre aquilo que a pessoa acredita ser (em termos de imagem corporal) e aquilo que realmente é,^(35,36) escreveram sobre a deformidade mínima e a insatisfação de alguns pacientes em cirurgia plástica, classificando-os de *insatiable patients* (pacientes insaciáveis); relataram que esses pacientes geralmente solicitavam múltiplas cirurgias para corrigir defeitos imperceptíveis ou inexistentes. Esses pacientes apresentavam grande insatisfação com os resultados após a cirurgia apesar de tecnicamente adequados.^(34,35)

Nos transtornos ligados à insatisfação corporal, sintomas depressivos e ansiedades provenientes da baixa autoestima são desenvolvidos e, em decorrência, pode haver isolamento ou afastamento social.⁽³²⁾

O Quadro 1 apresenta as principais características do TDC. Como argumentam alguns autores, “diagnosticar TDC é muito importante para o cirurgião plástico não apenas por razões legais mas também para encaminhar o paciente para cuidados adequados de saúde mental” - pois TDC é um transtorno psiquiátrico e uma cirurgia não pode levar o paciente a cura”.⁽³⁷⁾

Quadro 1. Características associadas ao TDC.^(26,38,39)

- **Preocupação** com defeito imaginário na própria aparência. Na presença de uma leve anomalia, a preocupação é excessiva e causa acentuado sofrimento e incapacidade funcional.
- **Pensamentos intrusivos** e incontroláveis sobre a própria aparência, exacerbados em situações onde a pessoa acredita que seus “defeitos” serão avaliados por outros.
- **Comportamentos compulsivos**, relacionados a checar, melhorar ou camuflar o aspecto da aparência que constitui motivo de preocupação.
- **Sofrimento e prejuízo no funcionamento** com relatos, por parte da maioria destes pacientes, de interferência do problema na vida social, ocupacional e outras áreas do funcionamento. Altos níveis de ansiedade, depressão e raiva / hostilidade.
- **Tratamentos cosméticos** são frequentemente procurados para melhorar a própria aparência (rinoplastia, lipoaspiração, implante de mama, injeções de colágeno e clareamento dos dentes estão entre os mais comuns).
- **Expectativas** que a cirurgia estética resolva todos os seus problemas.
- **Estratégias para camuflar** o suposto defeito.
- **Busca constante de reassseguramento.**
- **Comorbidade:** transtornos do humor e da ansiedade, transtornos do espectro obsessivo-compulsivo, abuso de substâncias, transtornos alimentares, transtornos de personalidade.

São habitualmente consideradas contraindicações para um procedimento estético a ausência de deformidade física, expectativas irreais sobre os resultados, insatisfação com múltiplas cirurgias e procedimentos estéticos realizados anteriormente, coincidência entre o desejo de realizar a cirurgia e momento de crise familiar ou matrimonial, comportamento agressivo, transtornos psicóticos e não aceitação do risco inerente a qualquer procedimento cirúrgico.⁽⁴⁰⁾

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral:

- Avaliar a prevalência das psicopatologias como TDC, ansiedade, depressão, qualidade de vida e autoestima dos pacientes que buscam a cirurgia plástica estética e a de vesícula biliar no Ambulatório do Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto/SP.

1.1.2 Objetivos Específicos:

- Verificar a prevalência do TDC, ansiedade, depressão em pacientes que buscam o ambulatório de Cirurgia Plástica Estética no Hospital de Base/FUNFARME.
- Comparar e avaliar o TDC, ansiedade, depressão com pacientes eletivos de cirurgia de vesícula biliar, utilizando variáveis demográficas, epidemiológicas, qualidade de vida e auto-estima.

2 - CASUÍSTICA E MÉTODOS

2 - CASUÍSTICA E MÉTODOS

2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, comparativo, quantitativo e qualitativo por meio da avaliação de psicopatologias (TDC, ansiedade, depressão, qualidade de vida e autoestima) de pacientes que buscam a cirurgia estética e a de vesícula biliar .

2.2 Procedimento Ético

O estudo foi aprovado no comitê de ética e pesquisa (CEP) com seres humanos da FAMERP, conforme a Resolução n° 466/2012, Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽⁴¹⁾ com o CAAE: 48803715.0.0000.5415 e parecer n.º 1.388.503.

2.3 Local e período do estudo da pesquisa

A pesquisa foi realizada em pacientes atendidos na ala do Ambulatório da Cirurgia Plástica onde sessenta pacientes são atendidos diariamente em quatro salas de consultórios, e na ala da Cirurgia Geral do ambulatório do HB onde setenta pacientes são atendidos diariamente em seis salas de consultórios - em São José do Rio Preto/SP, no período de março a outubro de 2017.

2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram recrutados de forma consecutiva pacientes da cirurgia plástica e da vesícula biliar durante o período da pesquisa. Aqueles que concordaram receberam esclarecimentos do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para comparação das variáveis foram selecionados os pacientes em dois grupos :

- Grupo I: pacientes que buscavam cirurgia da vesícula biliar.
- Grupo II: pacientes que buscavam cirurgia plástica estética.

Contemplando os critérios de inclusão participaram os pacientes de ambos os gêneros, com idade de 18 a 65 anos de idade, atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), e ainda os voluntários que aceitaram espontaneamente em participar da pesquisa, assinando o TCLE e candidatos à cirurgia plástica estética ou cirurgia de vesícula biliar.

Já como critérios de exclusão não participaram deste estudo os pacientes atendidos em convênios, os particulares, os que se recusaram a assinar o TCLE, e os pacientes menores de 18 e acima de 65 anos.

2.4 Procedimentos para avaliação

Foram utilizados nesta pesquisa os seguintes instrumentos abaixo descritos:

- A) TCLE (Apêndice 1)
- B) Ficha de avaliação do perfil sociodemográfico (Apêndice 2)
- C) Escala hospitalar de ansiedade e depressão - HAD (Anexo 1)
- D) Critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000) para diagnóstico de TDC (Anexo 2)
- E) Inventário de autoestima de Rosemberg (Anexo 3)
- F) Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Anexo 4)
- G) Inventário de qualidade de vida SF-36 (Anexo 5)

Durante a permanência do paciente no ambulatório, antes ou após a sua consulta médica, os mesmos foram convidados a irem ao consultório e foram orientados sobre a importância da sua participação neste estudo. Foram respondidas as seis escalas acima, a saber:

= A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) apresenta 14 itens dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HAD-A) e sete para a depressão (HAD-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala.⁽⁴²⁾

Para a avaliação da frequência da ansiedade e da depressão foram obtidas as respostas aos itens da HAD. Foram adotados os pontos de cortes recomendados para ambas as subescalas:⁽⁴³⁾

- HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ;
- HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .
- HAD-ansiedade/depressão: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ;
- HAD-ansiedade/depressão entre “8” e “10” “leve”,
- HAD-ansiedade/depressão entre “11 e 14” moderada
- HAD- ansiedade/depressão entre “15” e “21” “grave”

= Para diagnóstico do TDC foi utilizado os três critérios descritos no DSM-IV⁽²²⁾:

A) O indivíduo preocupa-se com um defeito imaginário na aparência e se uma mínima anomalia está presente, tem preocupação marcadamente excessiva com essa. Este critério é tido como diagnóstico da TDC e qualifica a presença desta patologia;

B) A preocupação deve causar estresse significativo ou prejuízo na vida social, ocupacional ou outras áreas do funcionamento;

C) Essas queixas não podem ser caracterizadas como outro transtorno mental, tais como a anorexia nervosa (AN).

No primeiro critério diagnóstico (A), se aplicado de forma independente, muitos pacientes desejam corrigir mínimos defeitos ou melhorar aspectos normais, e os profissionais são treinados para identificar e corrigir essas pequenas imperfeições na aparência. Além disso, nessa população, é normativo algum grau de insatisfação com a aparência para o qual o tratamento é desejado.^(8,26)

No segundo critério diagnóstico (B), o grau de insatisfação e prejuízo no funcionamento cotidiano pode ser o melhor indicador do TDC nesses pacientes (por exemplo, se uma pessoa relata que suas queixas em relação à aparência interferem em sua habilidade em manter um trabalho). Em contraste, o diagnóstico do TDC é menos provável em um paciente que negue suas preocupações significantes com interferência no funcionamento social e ocupacional.^(8,26)

Já o critério (C) deve ser aplicado para excluir, principalmente, os transtornos alimentares. Por exemplo, um paciente com AN que tenha preocupações com a imagem corporal focada somente em "estar muito gordo", deve receber apenas o diagnóstico de AN e não o do TDC. Mas também, neste sentido, porém, os dois transtornos podem ocorrer simultaneamente na população.⁽⁸⁾

= O Inventário de Depressão de Beck (BDI)⁽⁴³⁾: consta de 21 itens, cada um com quatro alternativas em graus crescentes de intensidade de depressão.

Os Inventários de Depressão e de Ansiedade de Beck foram considerados como padrão-ouro para a determinação da sensibilidade.⁽⁴³⁾ O ponto de corte adotado para a BDI foi 11. O Inventário de depressão de Beck (*Beck depression inventory* – BDI) foi traduzido e validado no Brasil e é indicado para pessoas de 17 a 80 anos. É um instrumento de autorrelato, composto por 21 itens, com quatro alternativas cada, desenvolvidas para avaliar a intensidade dos sintomas de depressão, analisada pelo *score* total dos itens: 0 a 11: mínimo; 12 a 19: leve; 20 a 35: moderado; e 36 a 63: grave.^(43,44)

= Foi utilizado como instrumento de avaliação a Escala de Autoestima desenvolvida por Rosenberg em 1979, uma medida unidimensional, constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação, que avalia a autoestima global. Os itens são respondidos em uma escala *Likert*, de quatro pontos, variando entre concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. Foi também utilizada a versão adaptada para o português,⁽⁴⁴⁾ cujos resultados iniciais já indicavam a unidimensionalidade do instrumento e características psicométricas equivalentes às encontradas por Rosenberg. Escala de Autoestima de Rosenberg, a somatória de todas as questões pode variar de zero, para melhor condição de autoestima, até 30 para a pior condição.⁽⁴⁵⁾

= Foi utilizado o Questionário /SF-36⁽⁴⁶⁾ que avalia 8 aspectos distintos:

- Capacidade funcional (10 itens);
- Aspectos físicos (4 itens);
- Aspectos emocionais (3 itens);
- Dor (2 itens);
- Estado Geral de Saúde (5 itens);
- Vitalidade (4 itens);
- Aspectos Sociais (2 itens); e
- Saúde Mental (5 itens).

Estes itens foram escolhidos porque resumem os 38 itens do questionário de avaliação de Saúde Mental (MHI-38). Os itens foram calculados segundo fórmulas já estabelecidas, chegando-se a um resultado para cada questão transformado em escala de 0 a 100, onde zero é considerado o pior e 100 o melhor estado. Os 8 itens foram avaliados isoladamente.

2.6 Análise estatística

A análise dos dados incluiu média, mediana, desvio-padrão e variação para variáveis contínuas e número e proporção para variáveis categóricas. A distribuição normal ou não das variáveis contínuas foi analisada pela assimetria e teste de Kolmogorov-Smirnov.

A comparação entre grupos foi realizada pelo teste t de *Student* ou *Mann-Whitney*. Comparação de variáveis categóricas entre grupos foi feita pelo teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, quando apropriado.

Já para análise de correlação foi usado o coeficiente de correlação de

Spearman. Foi utilizado o *software* IBM-SPSS *Statistics* versão 24 (IBM Corporation, NY, USA). Todos os testes foram bicaudais e valores de $P < 0,05$ foram considerados significantes.

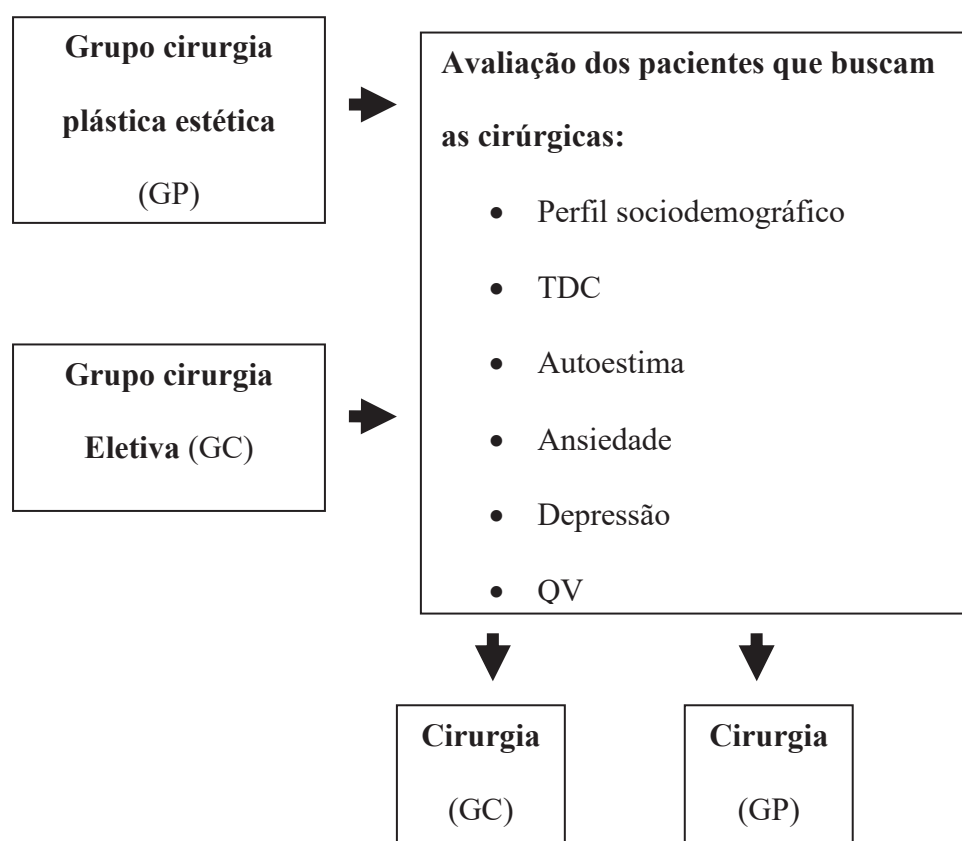


Figura 3. Fluxograma dos procedimentos a que foram submetidos os dois grupos.

3 RESULTADOS

3 RESULTADOS

O presente estudo avaliou psicopatologias como TDC, ansiedade, depressão, qualidade de vida e autoestima em 55 pacientes do ambulatório de cirurgia plástica e geral. Desses pacientes, o grupo de plástica (GP) 33(60%) foram submetidos à cirurgia estética e 22(40%) à cirurgia de vesícula biliar pelo grupo de cirurgia (GC). Do total, 90,9% eram mulheres e a média de idade foi de 39,4 anos. Quanto ao estado civil prevaleceram os casados e com união estável com 74,5%; na escolaridade o ensino médio e o magistério foi de 50,9%. As características demográficas dos pacientes estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características basais dos 55 pacientes inclusos neste estudo

Característica	N = 55
Idade, anos	39,4 ± 11,6
Gênero, n (%)	
Masculino	5 (9,1)
Feminino	50 (90,9)
Estado civil, n (%)	
Casado/união estável	41 (74,5)
Solteiro	10 (18,2)
Divorciado	4 (7,3)
Escolaridade, n (%)	
Ensino fundamental	10 (18,2)
Ensino médio/magistério	28 (50,9)
Ensino superior incompleto	3 (5,5)
Ensino superior completo	14 (25,4)

Variáveis contínuas estão descritas em média ± desvio-padrão; variáveis categóricas estão descritas em número (proporção).

Quanto à especialidade cirúrgica, 33 (60%) dos 55 pacientes foram atendidos pela cirurgia estética e 22 (40%) pela cirurgia de vesícula. O gráfico 1 demonstra esta distribuição.

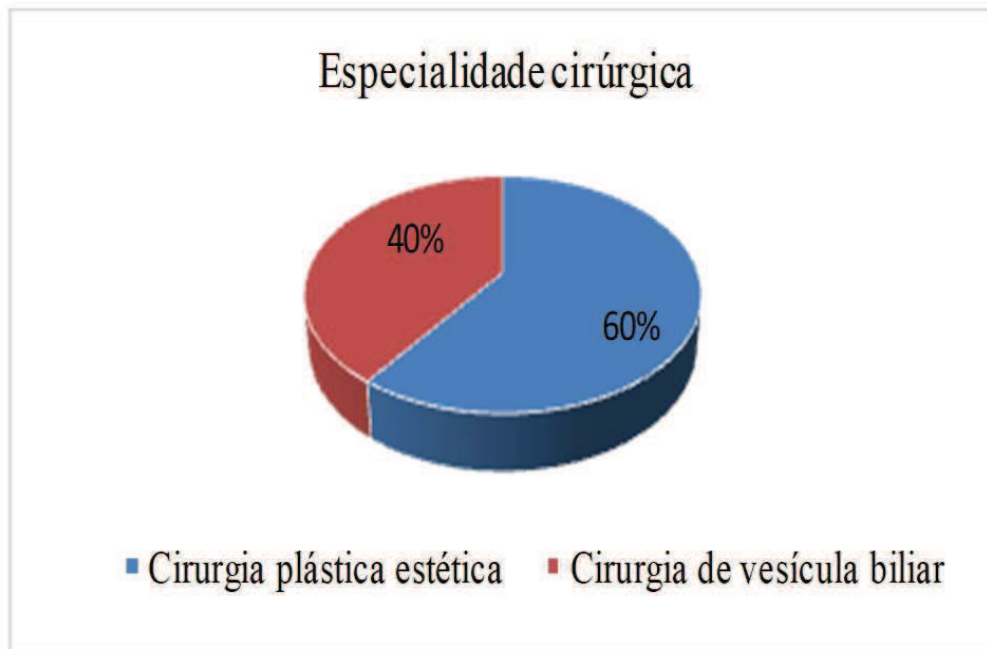


Gráfico 1. Distribuição da especialidade cirúrgica dos pacientes inclusos neste estudo.

Dos 55 pacientes estudados o TDC foi diagnosticado em 40 (72,8%) pacientes, sendo presente em 26(65%) pacientes eram do GP e 14 (35%) pacientes do GC. Quanto a ansiedade, dos 11(20,3%) dos pacientes foram diagnosticados, sendo 7(63,6%) do GP.e 4(36,4%) do GC. Quanto à presença de depressão, este quesito foi avaliado em 2 (3,6%) todos do GC. O diagnóstico de algum tipo de psicopatologia esteve presente em 53(96,4%) dos pacientes analisados (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de TDC, ansiedade e depressão, nos pacientes do GP e do GC.

	Todos N = 55	Cirurgia plástica N = 33	Cirurgia de vesícula biliar N = 22
TDC, n(%)	40 (72,8%)	26 (65%)	14 (35%)
Ansiedade, n(%)	11 (20,3%)	7 (63,6%)	4 (36,4%)
Depressão, n(%)*	2 (3,6%)	0 (0%)	2 (100%)
Sem psicopatias associadas, n(%)	2 (3,6%)	0(0%)	2 (100%)

Variáveis ordinais estão descritas em mediana (mínimo e máximo) e nominais estão descritas em número (proporção). *Avaliada pela HAD.

O TDC foi avaliado segundo os critérios diagnósticos da Associação Americana de Psiquiatria, nos quais constam de três itens (quatro questões, podendo ser respondidas como 'sim' ou 'não'). O gráfico 2 demonstra a distribuição das questões afirmativas dos pacientes para os três itens dos critérios.

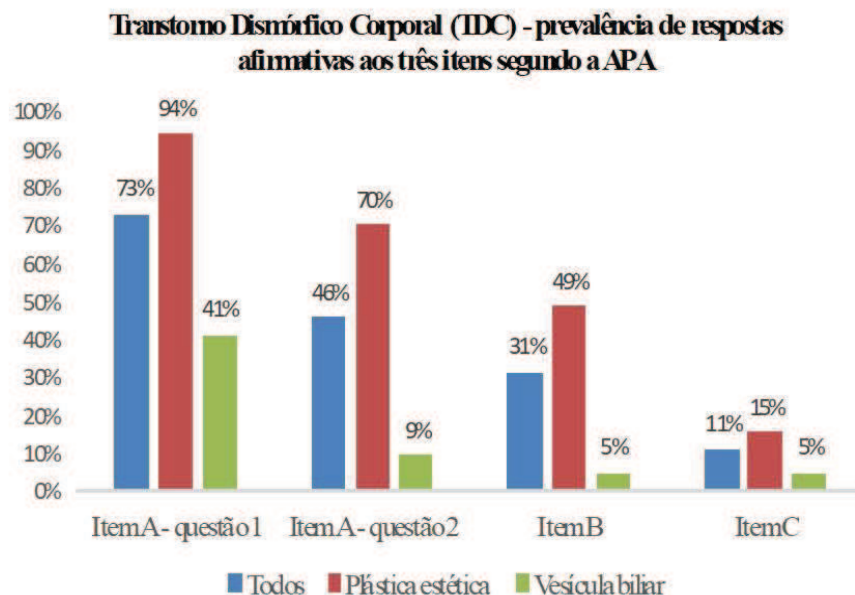


Gráfico 2. Prevalência do GP e o GC de respostas afirmativas aos três itens dos Critérios Diagnósticos do TDC, segundo a APA, 2000. Item A (1 e 2)(critério diagnóstico positivo para TDC).

Os transtornos psicológicos de ansiedade, depressão e autoestima foram analisados no grupo como um todo e também separadamente por especialidades. Estes resultados estão demonstrados a seguir. Segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, a ansiedade (considerada quando a pontuação da subescala para ansiedade foi maior que oito pontos) esteve presente em 20% dos pacientes. Por outro lado, a depressão foi bem menos prevalente, em menos de 4% dos pacientes. A Tabela 3 demonstra a prevalência desses transtornos no grupo total e também, separadamente, por especialidade.

Tabela 3. Prevalência e pontuação de ansiedade e depressão, segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

	Todos N = 55	Cirurgia plástica N = 33	Cirurgia de vesícula N = 22
HAD – Subescala Ansiedade	5 (0 – 14)	5 (0 – 14)	5 (0 -10)
HAD - Ansiedade, n (%)			
Presente*	11 (20)	7 (21,2)	4 (18,2)
Ausente**	44 (80)	26 (78,8)	18 (81,8)
HAD – Subescala Depressão	3 (0 -12)	4 (0 – 9)	2 (0 – 12)
HAD – Depressão, n (%)			
Presente†	2 (3,6)	0 (0)	2 (9,1)
Ausente††	53 (96,4)	33 (100)	20 (90,9)

Variáveis ordinais estão descritas em mediana (mínimo e máximo) e nominais estão descritas em número (proporção). HAD (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão apresenta 14 itens, sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HAD-A) e sete para a depressão (HAD-D). Cada item pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. *Considerada ≥ 9 pontos (ansiedade leve – 8 a 10, moderada – 11 a 14 ou grave – 15 a 21). ** Considerada sem ansiedade (0 a 8 pontos) †Considerada ≥ 9 pontos (depressão leve – 8 a 10, moderado – 11 a 14 ou grave – 15 a 21). ††Considerada sem depressão (0 a 8 pontos).

Na análise comparativa entre pacientes com e sem ansiedade, segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, não houve diferença estatística nas características demográficas dos pacientes, bem como em relação à especialidade cirúrgica (Tabela 4).

Tabela 4. Análise comparativa de acordo com a presença de ansiedade, segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

	Com ansiedade N = 11	Sem ansiedade N = 44	Valor P
Idade, anos	35,45 ± 12,2	40,36 ± 11,32	0,211
Gênero n (%)			
Masculino	0 (0)	5 (100)	0,571
Feminino	11 (22)	39 (78)	
Estado civil, n (%)			
Solteiro/divorciado	3 (21,4)	11 (78,6)	1,00
Casado/união estável	8 (19,5)	33 (80,5)	
Escolaridade, n (%)			
Ensino fundamental/médio	8 (21,1)	30 (78,9)	1,00
Ensino superior	3 (17,6)	14 (82,4)	
Especialidade cirúrgica, n (%)			
Cirurgia plástica estética	7 (21,2)	26 (78,8)	1,00
Cirurgia de vesícula biliar	4	18 (81,8)	

Por outro lado, em relação à depressão, a análise comparativa revelou diferença estatisticamente significante na idade dos pacientes ($P = 0,013$). Pacientes com depressão apresentaram maior idade em relação àqueles sem depressão, segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Tabela 5).

Tabela 5. Análise comparativa de acordo com a presença de depressão, segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

	Com depressão	Sem depressão	Valor P
	N = 2	N = 53	
Idade, anos	59 ± 12,7	38,64 ± 10,9	0,013
Gênero, n (%)			
Masculino	0 (0)	5 (100)	1,00
Feminino	2 (4)	48 (96)	
Estado civil, n (%)			
Solteiro/divorciado	0 (0)	14 (100)	1,00
Casado/união estável	2 (4,9)	39 (95,1)	
Escolaridade, n (%)			
Ensino fundamental/médio	2 (5,3)	36 (94,7)	1,00
Ensino superior	0 (%)	17 (100)	
Especialidade cirúrgica, n (%)			
Cirurgia plástica estética	0 (0)	33 (100)	0,16
Cirurgia de vesícula biliar	2 (9,1)	20 (90,9)	

A depressão também foi avaliada nos pacientes por meio do instrumento Inventário de Depressão de *Beck*. Este inventário demonstrou resultados mais expressivos de prevalência de depressão, se comparados aos resultados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Observou-se que 20% dos pacientes apresentavam depressão leve a moderada e 7,3% apresentavam depressão moderada a

grave; inclusive, a depressão grave foi detectada em um paciente 1,8%. Os resultados encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6. Prevalência de depressão nos pacientes, segundo o Inventário de Depressão de Beck.

	Todos N = 55	Cirurgia plástica GP N = 33	Cirurgia de vesícula GC N = 22
Depressão, n (%)			
Sem depressão ou depressão leve	39 (70,9)	22 (66,7)	17 (77,3)
Depressão leve a moderada	11 (20)	8 (24,2)	3 (13,6)
Depressão moderada a grave	4 (7,3)	3 (9,1)	1 (4,5)
Depressão grave	1 (1,8)	0 (0)	1 (4,5)
Aspecto Cognitivo	3 (0 - 27)	4 (0 - 15)	1,5 (0 - 27)
Aspecto Somático	3 (0 - 18)	4 (9 - 12)	3 (0 - 18)

Variáveis nominais estão descritas em número (proporção) e ordinais estão descritas em mediana (mínimo e máximo). BDI, Inventário de Depressão de Beck.

Com relação à autoestima, segundo a Escala de Autoestima de Rosenberg, a somatória de todas as questões pode variar de zero, para melhor condição de autoestima, até 30 para a pior condição. No presente estudo, observou-se pontuação média de 13,82 para os 55 pacientes incluídos. A distribuição dos dados no grupo total de pacientes, bem como segundo a especialidade, consta na Tabela 7 .

Tabela 7. Pontuação em relação à autoestima, segundo a Escala de Autoestima de Rosenberg, para os pacientes incluídos.

	Todos N = 55	Cirurgia plástica GP N = 33	Cirurgia de vesícula GC N = 22
Escala de Autoestima de Rosenberg*			
Média	13,82	13,82	13,82
Mediana	15,0	15,0	14,0
Desvio-padrão	2,87	2,94	2,84
Mínimo	4	4	9
Máximo	20	18	20

* A somatória de todas as questões pode variar de zero, para melhor condição de autoestima, até 30 para a pior condição.

A seguir procedeu-se a análise da qualidade de vida dos pacientes através do instrumento SF36, e verificou-se se havia associação entre a mesma e os seguintes transtornos: ansiedade, depressão e autoestima. A Tabela 8 demonstra a pontuação do questionário SF36, distribuída em seus oito domínios, para os 55 pacientes incluídos. Observou-se os menores escores nos domínios dor e vitalidade, seguidos de aspectos físicos e saúde mental.

Tabela 8. Qualidade de Vida dos pacientes, segundo os domínios do questionário SF-36.

Domínio*	N = 55
Capacidade funcional	78,3 ± 22,5
Aspectos físicos	67,7 ± 41
Dor	59,2 ± 23,6
Estado geral de saúde	79,4 ± 18,3
Vitalidade	61,7 ± 19,9
Aspectos sociais	72,7 ± 25,9
Aspectos emocionais	72,1 ± 41,5
Saúde mental	69,8 ± 20,5

Variáveis numéricas estão descritas em média ± desvio-padrão. *Os itens foram calculados segundo fórmulas já estabelecidas, chegando-se a um resultado para cada questão transformado em escala de 0 a 100, onde zero é considerado o pior e 100 o melhor estado.

A análise comparativa da qualidade de vida entre as duas especialidades cirúrgicas está demonstrada na Tabela 9. Observou-se diferença estatisticamente significativa no domínio Dor, com maior comprometimento da qualidade de vida no grupo cirurgia de vesícula biliar, em relação à cirurgia plástica estética (P = 0,013). Houve uma tendência, porém, sem alcançar significância estatística, de menor pontuação no domínio Aspectos Físicos, também no grupo cirurgia de vesícula biliar.

Tabela 9. Qualidade de Vida dos pacientes, segundo o questionário SF-36, de acordo com a especialidade cirúrgica.

	Cirurgia plástica GP (N = 33)	Cirurgia de vesícula GC (N = 22)	Valor P
Domínio			
Capacidade funcional	80,8 ± 18,1	74,7 ± 27,9	0,646
Aspectos físicos	76,5 ± 35,3	54,5 ± 46	0,052
Dor	65,3 ± 24	50 ± 20	0,013
Estado geral de saúde	79,4 ± 18,8	79,3 ± 17,9	0,938
Vitalidade	60,5 ± 20,7	63,6 ± 18,8	0,496
Aspectos sociais	75,4 ± 24,7	68,8 ± 27,8	0,411
Aspectos emocionais	71,7 ± 41,8	72,7 ± 41,9	0,984
Saúde mental	68,8 ± 20,4	71,3 ± 21,2	0,398

Variáveis numéricas estão descritas em média ± desvio-padrão.

A associação entre qualidade de vida e autoestima foi verificada através do coeficiente de correlação de *Spearman*, por se tratarem de duas variáveis ordinais. Não se observou correlação entre as duas variáveis, em nenhum dos oito domínios pesquisados conforme Tabela 10.

Tabela 10. Análise de correlação entre a qualidade de vida e autoestima.

Domínio	Coefficiente r*	Valor P
Capacidade funcional	0,150	0,273
Aspectos físicos	0,023	0,866
Dor	-0,055	1,000
Estado geral de saúde	0,222	0,104
Vitalidade	0,205	0,132
Aspectos sociais	0,012	0,929
Aspectos emocionais	0,058	0,673
Saúde mental	0,234	0,085

*Correlação de Spearman.

Por outro lado, a análise da possível associação entre qualidade de vida e ansiedade revelou diferença, estatisticamente significativa, no domínio Capacidade Funcional, com maior pontuação para pacientes ansiosos $P=0,034$. A Tabela 11 demonstra os resultados segundo os oito domínios da qualidade de vida.

Tabela 11. Associação entre a qualidade de vida e ansiedade, segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

	Com ansiedade	Sem ansiedade	Valor P
	N = 11	N = 44	
Domínio			
Capacidade funcional	90,5 ± 13,9	75,2 ± 23,3	0,034
Aspectos físicos	72,7 ± 42,5	66,5 ± 41	0,579
Dor	58,8 ± 17,2	59,3 ± 25,1	0,992
Estado geral de saúde	72,6 ± 17,3	81 ± 18,3	0,113
Vitalidade	55 ± 22,5	63,4 ± 19	0,263
Aspectos sociais	68,2 ± 30,3	73,9 ± 24,9	0,592
Aspectos emocionais	81,2 ± 34,5	69,7 ± 43	0,410
Saúde mental	59,3 ± 25,4	72,5 ± 18,5	0,085

Variáveis numéricas estão descritas em média ± desvio-padrão.

Já a análise da possível associação entre qualidade de vida e depressão revelou uma diferença estatisticamente significativa no domínio Estado Geral de Saúde, em que pacientes com depressão apresentaram menor pontuação $52,0 \pm 0$ e $80,4 \pm 17,8$ para pacientes com e sem depressão, respectivamente ($P=0,034$). Os resultados dos oito domínios estão na Tabela 12.

Tabela 12. Associação entre a qualidade de vida e depressão, segundo a Escala Hospitalar e Ansiedade e Depressão.

	Com depressão	Sem depressão	Valor P
	N = 2	N = 53	
Domínio			
Capacidade funcional	77,5 ± 31,9	78,3 ± 22,5	0,945
Aspectos físicos	50 ± 70,7	69,4 ± 40,5	0,681
Dor	27 ± 24	60,4 ± 22,3	0,086
Estado geral de saúde	52,0 ± 0	80,4 ± 17,8	0,034
Vitalidade	35 ± 28,3	62,7 ± 19	0,121
Aspectos sociais	68,8 ± 26,5	72,8 ± 26,1	0,681
Aspectos emocionais	50 ± 70,7	72,9 ± 40,9	0,622
Saúde mental	34,0 ± 31,2	71,2 ± 19,2	0,057

Variáveis numéricas estão descritas em média ± desvio-padrão.

4 DISCUSSÃO

No presente estudo foi avaliada a prevalência das psicopatologias de TDC, ansiedade, depressão, autoestima e qualidade de vida em 55 participantes selecionados, sendo caracterizados em 33(60%) submetidos à cirurgia plástica estética no GP e 22(40%) da cirurgia de vesícula no GC. Na amostra foi predominantemente do gênero feminino (90,3%), com 74,5% de casados e com união estável e 56,4% não possuíam curso superior, dados que corroboram aos achados da literatura.⁽⁴⁷⁾

Todos os pacientes que buscaram procedimentos de cirurgia plástica estética apresentaram algum tipo de psicopatologia, dado este que demonstra que a busca pela correção estética muitas vezes não está somente relacionada a não insatisfação corporal, mas a distúrbios psicológicos graves como o TDC, a ansiedade e a depressão, assunto discutidos em diversos estudos.⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾

Neste estudo foi aplicado a escala HAD por ser de fácil manuseio e de rápida execução, podendo ser realizada pelo paciente ou pelo entrevistador (no caso de pacientes analfabetos ou com deficiência visual ou motora). Mesmo não apresentando significância estatística em ambos os grupos, vale atentar que no grupo de cirurgia plástica os participantes da escala de ansiedade apresentaram 21,2% e nenhum de depressão, enquanto que no grupo de cirurgia de vesícula os participantes apresentaram 18,2% de ansiedade e 9,1% de depressão.

No presente estudo também não houve significância estatística na análise com o HDA, tanto para ansiedade quanto para depressão. Foi utilizado o BDI como medida para autoavaliação de sintomas depressivos por ser um instrumento útil para o não especialista, com tempo médio de 5 minutos para ser respondido. Embora não tenha

uma precisão diagnóstica para o psiquiatra, a sua aplicação auxilia no rastreamento e identificação de possíveis pacientes com transtorno depressivo e o devido encaminhamento destes para avaliação de sua saúde mental para um profissional qualificado (o que dificilmente acontece).⁽⁵¹⁻⁵³⁾ Houve relevância estatística mostrando que os pacientes submetidos à cirurgia plástica apresentam um quadro de depressão de leve a moderada (24,2%) e de moderada a grave (13,6%) e somente 4,5% dos pacientes da cirurgia de vesícula apresentou depressão grave.

Há estudos afirmando que é difícil quantificar o exato benefício que a cirurgia plástica pode ter sobre a psiquê do paciente e que os pacientes que procuram uma consulta para um procedimento estético, até 47,7% se enquadram nos critérios para um transtorno mental. Estes buscam na cirurgia a ilusão em atingir uma imagem corporal idealizada com a finalidade de diminuir suas angústias e sentimentos de constante insatisfação.⁽⁵⁴⁻⁵⁷⁾

O sucesso de uma cirurgia plástica depende em muito da seleção dos pacientes para o procedimento. Os pacientes suspeitos, com sintomas depressivos elevados nos questionários (como o BDI) e pacientes com "marcadores" de psicopatologia deverão ser encaminhados ao psiquiatra para avaliação adequada. Pela elevada prevalência de Transtornos Depressivos (TD) em cirurgia plástica estética, todos os pacientes de cirurgia plástica deveriam passar previamente por uma avaliação adequada para identificação daqueles com possíveis TD e encaminhados ao psiquiatra para, então, evitar uma evolução psicológica desfavorável pós-operatória.⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾

Vale ressaltar que embora as estatísticas anteriores do presente estudo não apresentaram significância em suas análises, este estudo mostrou-se relevante ao comparar o TDC entre as duas especialidades, como destaca-se no item A da questão 1

do gráfico 2: "Você se preocupa com a aparência de alguma parte do seu corpo que considera pouco atrativa ou feia?". Há prevalência de respostas afirmativas aos três itens dos critérios diagnósticos do TDC. Quando a amostra total foi analisada, 73% apresentaram TDC; já na análise separada os pacientes submetidos à cirurgia plástica apresentaram uma porcentagem de 94% de TDC contra uma de 41% dos pacientes submetidos à cirurgia de vesícula.

Ainda comparando o gráfico 2, no item A, a questão 2: "Esta preocupação é excessiva, isto é, você pensa muito sobre isso ou preocupa-se com esta questão mais do que gostaria?" - quando a amostra total foi analisada, 46% dos participantes apresentaram TDC e na análise separada entre os que foram submetidos à cirurgia plástica apresentaram 70% TDC, com 9% dos pacientes submetidos à cirurgia de vesícula. É lícito afirmar que a prevalência de 12,5% de pacientes diagnosticados com TDC se candidatam e se submetem a cirurgia plástica estética ; é considerada bastante elevada ao comparar com a prevalência na população geral que foi entre 0,7% a 2,4%.⁽⁶¹⁻⁶³⁾

No item B, ainda no gráfico 2: "Esta preocupação atrapalha sua vida em algum aspecto ou causa muito sofrimento?" Quando a amostra total foi analisada, 31% apresentou TDC; e na análise separada, dos pacientes submetidos à cirurgia plástica 49% apresentou TDC enquanto 5% dos pacientes submetidos à cirurgia de vesícula é que obtiveram tal transtorno. No item C: "A preocupação não é melhor explicada por outro transtorno mental, por exemplo: a insatisfação com a forma e o tamanho do corpo na AN " . Quando a amostra total foi analisada, 11% apresentaram TDC ; na análise separada os pacientes submetidos à cirurgia plástica apresentaram 15% de TDC, e somente 5% dos pacientes submetidos à cirurgia de vesícula obtinham tal patologia.

A preocupação com a percepção de um ou mais defeitos ou falhas na aparência física que não são observáveis ou parecem apenas leves para os outros, e por comportamentos repetitivos (como: verificar-se no espelho, arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização ou atos mentais, como comparar a própria aparência com a de outra pessoa) devem servir de alerta para o profissional ligado à estética.⁽⁶²⁾

O TDC pode ser frequentemente encontrado entre pessoas que buscam a cirurgia plástica estética. Inclui preocupação com alguns defeitos na aparência física corporal, imaginado ou presente sob a forma de uma leve anomalia.⁽³⁸⁻⁴⁰⁾ Dessa forma, a preocupação excessiva com a aparência pode esconder traços psicopatológicos difíceis de serem reconhecidos, sendo negligenciados e culminando em consequentes iatrogenias e repercussões médico-legais.⁽⁶⁴⁾

Após revisar sistematicamente a literatura, pôde-se observar a escassez de estudos que acerca do acometimento por TDC em pacientes candidatos e submetidos a procedimentos estéticos na especialidade da cirurgia plástica, chamando a atenção para o fato de não haver publicação em âmbito nacional sobre o tema.⁽⁶⁴⁾ Além disso existem poucas pesquisas no Brasil que mensure a prevalência do TDC nos referidos pacientes.⁽⁶⁴⁾

Na análise do presente estudo também foi possível a associação entre qualidade de vida e ansiedade, que revelou diferença estatisticamente significativa no domínio capacidade funcional, com maior pontuação para pacientes ansiosos. A Tabela 10 demonstra os resultados segundo os oito domínios da qualidade de vida. Deste modo, o papel do psicólogo é fundamental na ajuda do paciente para aprimorar sua autoestima,

suas capacidades sociais, e proporcionar conhecimento de si próprio com suas reais motivações.⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾

Foi observado em outros estudos que 75% dos pacientes submetidos à cirurgia estética tinham algum diagnóstico psiquiátrico no pré-operatório. Os transtornos mais comuns foram : transtorno de ansiedade generalizada com 45,7%, TOC 34,9%, fobia social 33,7%, TDC 29%, transtorno alimentar não especificado 25,3%, depressão maior 22,9%, transtorno do estresse pós-traumático 13,2% e transtorno por uso de substâncias 8,4%.⁽⁶⁸⁻⁶⁹⁾

Estudos sobre autoimagem auxiliam a esclarecer muitos aspectos que poderão levar à indicação adequada ou não de uma cirurgia estética. Além disso, transtornos mentais frequentemente encontrados entre candidatas à cirurgia plástica estética devem ser identificados, pois podem prejudicar de forma significativa a recuperação do paciente e sua percepção sobre os resultados do procedimento.^(39,70) Os profissionais devem-se atentar à possibilidade de os pacientes da cirurgia plástica serem portadores de TDC, não só pela alta prevalência encontrada neste estudo e pela comparação dessa taxa com a da população geral, como também pelos achados de outro estudo, que mostrou que seis dos sete pacientes portadores de TDC submetidos à cirurgia plástica estética continuaram apresentando o transtorno, mesmo cinco anos após a realização do procedimento. Apesar de pacientes relatarem satisfação com o resultado das cirurgias, a realização da mesma não foi eficaz na redução dos sintomas de TDC, sendo necessário tratamento psicológico e psiquiátrico.⁽⁷¹⁻⁷⁵⁾

Apesar de após algum tempo de tratamento adequado esses pacientes poderem realizar algum tratamento estético cirúrgico, há a necessidade de uma supervisão de um

profissional psicológico. O cirurgião deve estar bem informado sobre o TDC e saber identificar o caso, sinais e sintomas⁽⁷⁶⁾

No Supremo Tribunal de Justiça, perante um procedimento cirúrgico estético em que o médico lida com o paciente saudável que apenas deseja melhorar sua aparência física e, conseqüentemente, sentir-se psicologicamente melhor, estabelece-se uma obrigação de resultado que impõe ao profissional da medicina, em casos de insucesso da cirurgia plástica, a presunção de culpa; o diagnóstico de TDC poderá livrá-lo da responsabilidade contratual pelos “ danos “causados ao paciente em razão do ato cirúrgico.⁽⁷⁷⁾

Das psicopatologias avaliadas o TDC apresentou relevância estatística nos pacientes que buscaram a cirurgia plástica estética em relação aos que buscaram a cirurgia de vesícula biliar. Embora as demais psicopatologias não terem apresentado relevância significativa vale ressaltar que há necessidade de avaliação pré-operatória de todas elas, encaminhar tais pacientes ao profissional qualificado para diagnóstico e tratamento adequado, evitar agravos mentais e obter, então, o almejado sucesso pós-operatório com a real melhora da imagem corporal e da qualidade de vida do paciente e elevação de sua autoestima.

5 CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

- 1 – TDC esteve presente em 72,82% dos pacientes estudados;
- 2 – A TDC foi de 65% no GP;
- 3 – A depressão leve a moderada foi diagnosticada em 72% do GP;
- 4 – A idade foi significativa no grupo de pacientes com depressão;
- 5 – A dor foi significativa na qualidade de vida nos pacientes do GC.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – SBCP. Dicionário de A a Z. São Paulo: SBCP; 1998. p.6-7.
2. Mélega JM. Cirurgia plástica: fundamentos e arte: princípios gerais. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
3. Medeiros MSF. Imagens, percepções e significados do corpo nas classes populares. *Soc Estado*. 2004;19:409-39.
4. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Cirurgia plástica no Brasil. *Plastiko's*. 2009;26:10-11.
5. Finger C. Brazilian beauty. *Lancet*. 2003;362:1560.
6. Ferreira MC. Cirurgia plástica estética: avaliação dos resultados. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2000;15:55-66.
7. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2004;19:41-52.
8. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization. *Clin Psychol Rev*. 1998;18:1-22.
9. Sarwer DB. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. *Aesthet Surg J*. 2002;22:531-5.
10. Stone MH. A cura da mente: a história da antiguidade até o presente. Porto Alegre: Artmed; 1999.

11. Hay GG. Psychiatric aspects of cosmetic nasal operations. *Br J Psychiatry*. 1970;116:85-97.
12. Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? *Am J Psychiatry*. 1977;134:673-6. 58
13. Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. DJ. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010;27:573-91.
14. World Health Organization. Depression. 2012; <http://www.who.int/topics/depression/en/>
15. Ribeiro RG, da Silva KS, Kruse MHL. O corpo ideal: a pedagogia da mídia. *Rev Gaucha Enferm*. 2009;30:71-6.
16. Sarwer DB, Grossbart TA, Didie ER. Beauty and society. *Semin Cutan Med Surg*. 2003;22:79-92.
17. Cook SA, Rosser R, Salmon P. Is cosmetic surgery an effective psychotherapeutic intervention? A systematic review of the evidence. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2006;59:1133-51.
18. Miyazaki MCOS, Carrazoni RM, Bianchin MA, Domingos NM, Valerio NI. Appearance, cosmetic surgery, and psychosocial functioning. In: *Proceedings of the V World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies*; 2007 Julho 11-14; Barcelona, Espanha.
19. Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113:1229-37.
20. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. De acordo com a ISAPS, Brasil lidera ranking de cirurgias plásticas no mundo. 2014;

- <http://www2.cirurgioplastica.org.br/de-acordo-com-a-isaps-brasil-lidera-ranking-de-cirurgias-plasticas-no-mundo>.
21. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia due forme non per anco descritte di pazzia com idée fisse. Boll R Acad Genova. 1891;6:110-9
 22. American Psychiatric Association. DSM IV - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. Porto Alegre, Artes Médicas; 2002. p. 445
 23. Turma 9º A 2017. Dismorfobia. 2017, <http://nonoa2017.blogspot.com.br/2017/05/alunos-do-9-realizam-pesquisa-sobre.html>
 24. Silveira SPM. Transtorno dismórfico Corporal. 2015; <http://www.guiagaia.com.br/dieta/transtorno-dismorfico-corporal/>
 25. Pires HHM, Gomes JC, Simões ACP, Brito APL, Hamidah AM, Costa GC, et al. Diferenças e semelhanças entre Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Rev Med Saúde. 2014;3:94-101.
 26. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. Plast Reconstr Surg. 2006;118:167e-80e.
 27. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, et al. The relationship of obsessivecompulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. Biol Psychiatry. 2000;48:287-93.
 28. Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S. The pathophysiology of body dysmorphic disorder. Body Image. 2008;5:3-12.
 29. Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. Body Image. 2008;5:50-8.

30. Shridharani SM, Magarakis M, Manson PN, Rodriguez ED. Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126:2243-51.
31. Vindigni V, Pavan C, Semenzin M, Granà S, Gambaro F, Marini M, et al. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Plast Surg.* 2002;25:305-8.
32. de Brito MJ, Nahas FX, Ferreira LM. Should plastic surgeons operate on patients diagnosed with body dysmorphic disorder? *Plast Reconstr Surg.* 2012;129:406e-7e.
33. Conrado LA. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. *An Bras Dermatol.* 2009;84:569-81.
34. Houaiss A. Dicionário Eletrônico Houaiss. Versão Monousuário 2009. São Paulo: Objetiva; 2009.
35. Knorr NJ, Edgerton MT, Hoopes JE. The “insatiable” cosmetic surgery patient. *Plast Reconstr Surg.* 1967;40:285-9.
36. Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image.* 2004;1:99-111.
37. Jakubietz M, Jakubietz RJ, Kloss DF, Gruenert JJ. Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119:1924-30.
38. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4. ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2000.
39. Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J.* 2004;80:67-71.

40. Meningaud JP, Benadiba L, Servant JM, Herve C, Bertrand JC, Pelicier Y. Depression, anxiety, and quality of life: outcome 9 months after facial cosmetic surgery. *J Craniomaxillofac Surg.* 2003;31:46-50.
41. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n^o 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 13 jun 2013. Seção 1:59.
42. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-70.
43. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin.* 1998;25:245-50.
44. Hutz CS. Adaptação da escala de autoestima de Rosenberg. Manuscrito não publicado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
45. Roseenber M. *Conceiving the self.* New York (NY): Basic Books; 1979.
46. Ciconelli RW, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
47. Tournieux TT, Aguiar LF, Almeida MW, Prado LF, Radwanski HN, Pitanguy I. Estudo prospectivo da avaliação da qualidade de vida e aspectos psicossociais em cirurgia plástica estética. *Rev Bras Cir Plást.* 2009;24:357-61
48. Medeiros TH, Caputo EL, Domingues M R. Insatisfação corporal em frequentadoras de academia. *J Bras Psiquiatr.* 2017;66:38-44.

49. Marcolino JAM, Suzuki FM, Alli LAC, Gozzani JL, Mathias LAST. (2007). Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório: estudo comparativo. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007;57:157-66.
50. Carneiro AF, Mathias LAST, Rassi Júnior A, Morais NS, Gozzani JL, Carneiro APM. Avaliação da ansiedade e depressão no período pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos. *Rev Bras Anesthesiol.* 2009;59:431-8.
51. Pinho PR, Chillof CLM, Mendes FH, Leite CVS, Viterbo F. Abordagem psicológica em cirurgia plástica pós-bariátrica. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26:685-900.
52. Angelim EMS, Bezerra SMMS, Nascimento CAD. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estud Psicol.* 2013;18:193-201.
53. Paula PR, Freitas-Júnior R, Prado M, Neves CGL, Arruda FCF, Vargas VEB. Transtornos depressivos em pacientes que buscam cirurgia plástica estética: uma visão ampla e atualizada. *Rev Bras Cir Plast.* 2016;31:261-8.
54. McGrath MH, Mukerji S. Plastic surgery and the teenage patient. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2000;13:105-18.
55. Naraghi M, Atari MA. Comparison of depression scores between aesthetic and functional rhinoplasty patients. *Asian J Psychiatr.* 2015;14:28-30.
56. Klassen AF, Pusic AL, Scott A, Klok J, Cano SJ. Satisfaction and quality of life in women who undergo breast surgery: a qualitative study. *BMC Womens Health.* 2009;9:11.

57. Souza MRR, Oliveira JF, Nascimento ER, Carvalho ESS. Droga de corpo! Imagens e representações do corpo feminino em revistas brasileiras. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2015;34:62-9.
58. Roberge P, Normand-Lauzière F, Raymond I, Luc M, Tanguay-Bernard MM, Duhoux A, et al. Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. *BMC Fam Pract.* 2015;16:146.
59. Metcalfe DB, Duggal CS, Gabriel A, Nahabedian MY, Carlson GW, Losken A. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Among Patients Seeking Breast Reconstruction. *Aesthet Surg J.* 2014;34:733-7.
60. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry Res.* 2010;178:171-5.
61. Vulink NC, Sigurdsson V, Kon M, Bruijnzeel-Koomen CA, Westenberg HG, Denys D. Stoornis in de lichaamsbeleving bij 3-8% van de patiënten op de poliklinieken Dermatologie en Plastische Chirurgie. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2006;150:97-100.
62. Mond J, Mitchison D, Latner J, Hay P, Owen C, Rodgers B. Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. *BMC Public Health.* 2013;13:920.
63. da Silva DB, Nahas FX, Bussolaro RA, de Brito MJ, Ferreira LM. The Increasing Growth of Plastic Surgery Lawsuits in Brazil. *Aesthetic Plast Surg.* 2010;34:541-2.

64. Campana B, Ferreira L, Tavares MC, Neves NA. Associações e diferenças entre homens e mulheres na aceitação de cirurgia plástica estética no Brasil. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27:108-14.
65. Zojaji R, Arshadi HR, Keshavarz M, Mazloun Farsibaf M, Golzari F, Khorashadizadeh M. Personality characteristics of patients seeking cosmetic rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2014;38:1090-3.
66. Felix GA, Brito MJ, Nahas FX, Tavares H, Cordas TA, Dini GM, et al. Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2014;67:646-54.
67. Sato JK. A relação entre a Psicologia e a Cirurgia Plástica. 2010; <http://julianasato.wordpress.com/2010/05/12/a-relacao-entre-a-psicologia-e-a-cirurgia-plastica/>
68. Alagöz MS, Baştırzi AD, Uysal AC, Tüzer V, Unlü RE, Sensöz O, et al. The psychiatric view of patients of aesthetic surgery: self-esteem, body image, and eating attitude. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27:345-8.
69. Morselli PG. Maxwell Maltz, psychocybernetic plastic surgeon, and personal reflections on dysmorphopathology. *Aesth Plast Surg.* 2008;32:485-95.
70. Aimorá LLV. Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental. *Rev Bras Ter Cogn.* 2010;6:96-116.
71. Fenwick AS, Sullivan KA. Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample. *Psychiatry Res.* 2011;189:299-304.

72. Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *Int J Eat Disord*. 2006;39:11-9.
73. Dingemans AE, van Rood YR, de Groot I, van Furth EF. Body Dysmorphic Disorder in Patients with an Eating Disorder: Prevalence and Characteristics. *Int J Eat Disord* 2012;45:562-9.
74. Ross J, Gowers S. Body Dysmorphic Disorder. *Adv Psychiatr Treat*. 2011;17:142-9.
75. Biraben-Gotzamanis L, Aouizerate B, Martin-Guehl C, Grabot D, Tignol J. Body dysmorphic disorder et chirurgie esthétique: réévaluation de 24 sujets ayant un défaut minime de l'apparence 5 ans après leur demande de chirurgie esthétique. *Presse Med*. 2009;38:1062-7.
76. De Brito MJ, Nahas FX, Cordas TA, Félix G, Neto MS, Ferreira LM. Compreendendo a psicopatía do transtorno dismórfico corporal de pacientes de cirurgias plásticas: resumo da literatura. *Rev Bras Cir Plast*. 2014;29:599-608.
77. Sebastião J. Responsabilidade médica: civil, criminal e ética: comentários, referências ao direito positivo aplicável, à doutrina e à jurisprudência. 3. ed. Belo Horizonte: Del Rey; 2003

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(MODELO EM ACORDO COM A RESOLUÇÃO Nº 466/12 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE)****Título do estudo: Prevalência Das Psicopatias Em Pacientes Que Buscam A Cirurgia Plástica de Estética.**

Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque você realizará a cirurgia de estética ou de vesícula, no Hospital de Base. Considerando a importância da prática baseada em evidências na área da saúde, obter dados sobre estratégias de enfrentamento e seu impacto na ansiedade e depressão no atendimento ambulatorial, que permitem aprimorar os cuidados aos pacientes e desenvolver conhecimentos científicos.

Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passarem pelos mesmos procedimentos.

- O objetivo desse estudo é avaliar as Psicopatias de Transtorno Dismórfico Corporal, de ansiedade e depressão, qualidade de vida e autoestima e o perfil dos pacientes que buscam a cirurgia plástica de estética ou de vesícula. No ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidado, pessoalmente, pelo próprio pesquisador, a participar do estudo. O estudo será realizado da seguinte maneira: serão respondidas cinco escalas: sobre Transtorno Dismórfico Corporal, Autoestima, Ansiedade, e Depressão, Qualidade de Vida e o perfil sócio demográfico.

Se você aceitar participar do estudo, você assinará este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderá as escalas e questionários em momento propício.

SUAS RESPOSTAS SERÃO TRATADAS DE FORMA ANÔNIMA E CONFIDENCIAL, ISTO É, EM NENHUM MOMENTO SERÁ DIVULGADO O SEU NOME EM QUALQUER FASE DO ESTUDO.

QUANDO FOR NECESSÁRIO UTILIZAR OS SEUS DADOS NESTA PESQUISA, SUA PRIVACIDADE SERÁ PRESERVADA, JÁ QUE SEU NOME SERÁ SUBSTITUÍDO POR OUTRO, PRESERVANDO SUA IDENTIDADE.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o **pesquisador responsável**: Médica: Rosa Maria Carrazzoni pelo e-mail roymcarrazzoni14@gmail.com ou pelo telefone: (17)32015000 ramal 5842.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Pesquisador Responsável
Rosa Maria Carrazzoni

Orientador
Fernando Góngora Rubio

Participante da Pesquisa ou Responsável
(Nome e Assinatura)

RG: _____

Apêndice 2 – Ficha de Avaliação do Perfil Sóciodemográfico

FICHA DE AVALIAÇÃO DO PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO

1. Nome: _____.

2. Data de nascimento ____/____/____. 3. Idade: _____ anos.

4. Gênero: () Feminino () Masculino

5. Estado civil:

() solteiro

() casado/união estável

() divorciado

() viúvo

6. Escolaridade:

() analfabeto

() ensino fundamental completo

() ensino fundamental incompleto

() ensino fundamental completo

() ensino médio completo

() ensino médio incompleto

() ensino superior completo

() ensino superior incompleto

() pós-graduação completa

() pós-graduação em andamento

Anexo 1 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD

Quadro I — Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D (6) Eu me sinto alegre:

- 0 () A maior parte do tempo
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

Anexo 2 - Critérios Diagnósticos de Transtorno Dismórfico Corporal -TDC

Critérios Diagnósticos de Transtorno Dismórfico Corporal (APA, 2000).

A. Preocupação com um imaginado defeito na aparência. Se uma ligeira anomalia física está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.

Questão: *Você se preocupa com a aparência de alguma parte do seu corpo, que considera pouco atrativa ou feia?*

() Sim () Não

Se sim: *Esta preocupação é excessiva, isto é, você pensa muito sobre isso ou preocupa-se com esta questão mais do que gostaria?*

() Sim () Não

Se sim: *Qual a sua preocupação? (Explique com detalhes que área do seu corpo lhe desagrada ou percebe como sendo feias e porque elas lhe parecem assim)*

B. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Questão: Esta preocupação atrapalha sua vida em algum aspecto ou causa muito sofrimento? Se sim: explique.

C. A preocupação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., insatisfação com a forma e o tamanho do corpo na Anorexia Nervosa).

Anexo 3 - Escala de Autoestima de Rosenberg

Escala de Autoestima de Rosenberg

**Leia cuidadosamente cada questão e assinale a alternativa
que melhor corresponde o que voce pensa.**

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
9. Às vezes eu me sinto inútil.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos

A pontuação é dada pela resposta de cada pergunta que pode ter um valor de 0 a 3 sendo que a melhor condição de autoestima é a questão que pontua-se com zero e a pior pontuação com 3. Com isso a somatória de todas as questões podem variar de zero, para a melhor condição de autoestima até 30 para a pior condição.

Anexo 4 – Inventário de Depressão de Beck - BDI

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	--

Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."
Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p>14⁰ Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15⁰ Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16⁰ Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17⁰ Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18⁰ O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19⁰ Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20⁰ Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21⁰ Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

Anexo 5 - Inventário de Qualidade de Vida SF-36**Inventário de Qualidade de Vida SF-36****Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36**

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6

i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	<p>Considerar o mesmo valor.</p>
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)
Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)
 - Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4
 - Aplicar fórmula:
Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.