

**LUCIANA ARCHETTI CONRADO**

**Prevalência do transtorno dismórfico corporal em  
pacientes dermatológicos e avaliação da crítica  
sobre os sintomas nessa população**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina  
da Universidade de São Paulo para obtenção  
do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Dermatologia  
Orientador: Evandro Ararigbóia Rivitti

São Paulo  
2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Conrado, Luciana Archetti

Prevalência do transtorno dismórfico corporal em pacientes dermatológicos e  
avaliação da crítica sobre os sintomas nessa população / Luciana Archetti Conrado. --  
São Paulo, 2008.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Dermatologia.

Área de concentração: Dermatologia.

Orientador: Evandro Ararigbóia Rivitti.

Descritores: 1.Transtornos somatoformes/epidemiologia 2.Transtorno dismórfico  
corporal 3.Transtorno obsessivo-compulsivo 4.Prevalência 5.Dermatologia 6.Imagem  
corporal 7.Cirurgia plástica 8.Estudo comparativo 9.Comorbidade 10.Procedimentos  
cirúrgicos minimamente invasivos

USP/FM/SBD-423/08

# Dedicatória

Ao meu pai, Rubens Conrado, que exercendo a medicina e a psiquiatria de forma apaixonada, despertou-me para este caminho, mostrando que esse exercício deve ser sempre norteado por princípios éticos e humanitários, e ensinando o profundo respeito à dor e ao sofrimento psíquico.

À minha mãe, Neuza Conrado, minha melhor advogada e de quem recebo diariamente carinho, compreensão e incentivo para os meus projetos.

Ao paciente que desnuda sua alma e me permite assim conhecê-lo.

# Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Evandro Ararigboia Rivitti, pela compreensão dos objetivos deste estudo e por ter acreditado nele, aceitando ser meu orientador.

Ao Prof. Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho, que me proporcionou a oportunidade de conviver com um líder nato e brilhante pesquisador.

À Dra. Ana Gabriela Hounie, minha orientadora na Psiquiatria, a quem agradeço o apoio para o difícil percurso da interdisciplinaridade, suas valiosas sugestões e seu incentivo.

Aos Mestres, Rubens Marcelo Volich, Iolanda Toledo, Albina Torres, Sarita Lopes e Maria Helena Fernandes agradeço o exemplo, o contraponto e a influência que tiveram nesta fase da minha vida.

Às psicólogas e amigas Maria Eugênia de Mathis e Sonia Borcatto, que foram incansáveis nas entrevistas com os pacientes e no incentivo a esta pesquisa.

Ao Victor Fossaluzza, que trabalhou de forma minuciosa na análise estatística e que com paciência me ajudou em momentos difíceis.

Aos colegas e amigos do PROTOC, agradeço a calorosa recepção e a disponibilidade para ajudar em “qualquer coisa” que fosse preciso. É um privilégio poder conviver com um grupo tão querido e exemplar na “excelência” em pesquisa. Agradeço especialmente a Idalina Shimoda e Potira Requena que sempre auxiliaram prontamente nas questões burocráticas e no levantamento de artigos.

À equipe de dermatologistas do Ambulatório de Cosmiatria, e agora amigos, Ana Paula Meski, Régia Patriota, Christine Guarnieri, Beni Grimblat e Maria Helena Garrone, que muito colaboraram na seleção dos pacientes.

À equipe de “apoio logístico” Marinalva, Priscila, Michelle e Andréia, que cuidaram com grande zelo de questões práticas quando eu não estava disponível e, também de mim.

À Márcia Rocha, agradeço a generosidade com a qual sabe ser amiga há vinte anos e pelo auxílio na revisão ortográfica deste trabalho.

À Helena Olegário da Costa, pela sua delicadeza e amizade.

Às que são sempre amigas Ana Luísa, Corita, Adriana, Ana Maria, Lígia, Raquel, Gisela e Moema, agradeço a nossa escolha.

À minha irmã Flávia, grande companheira, e aos meus irmãos José Paulo e João Carlos, muito obrigado por caminharmos juntos nesta vida, todo o meu carinho.

Ao Ricardo e sua filha Jennifer, pelos momentos de doçura e leveza.

# Sumário

Lista de siglas

Lista de tabelas

Resumo

Summary

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	1
1.1 Os tratamentos médicos cosméticos na atualidade	3
1.2 Considerações sobre aspectos psicossociais	6
1.3 A imagem corporal e a insatisfação	9
1.4 Transtorno Dismórfico Corporal	11
1.5 Clínica do Transtorno Dismórfico Corporal	17
1.6 Prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal	21
1.6.1 Transtorno Dismórfico Corporal na população geral	21
1.6.2 Transtorno Dismórfico Corporal em populações de dermatologia e cirurgia plástica	24
1.6.3 Transtorno Dismórfico Corporal em populações de pacientes psiquiátricos	24
1.7 Aspectos demográficos	26
1.8 Etiologia	27
1.9 Comorbidades	30
1.10 Tratamento	37
1.11 Justificativa do estudo	39
<b>2. OBJETIVOS E HIPÓTESES</b>	41
2.1 Objetivo geral	42
2.2 Objetivos específicos e hipóteses	42
<b>3. CASUÍSTICA E MÉTODOS</b>	43
3.1 Delineamento do estudo	44
3.2 População	44
3.3 Local de realização do estudo	44
3.4 Amostra e amostragem	45
3.5 Entrevistas	46
3.6 Aspectos éticos	59
3.7 Logística	59
3.8 Treinamento dos entrevistadores	60
3.9 Estimativa do Diagnóstico (best estimate diagnosis)	61
3.10 Avaliação da classe econômica	62
3.11 Análise estatística dos dados	63
<b>4. RESULTADOS</b>	65
4.1 Características sócio-demográficas: perfil da amostra	66
4.2 Rastreamento do Transtorno Dismórfico Corporal	69
4.3 Histórico Médico	70
4.4 Antecedentes psicossociais	71
4.5 Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal após triagem da amostra	71

4.5.1	Prevalência de Transtorno Dismórfico Corporal.....	71
4.5.2	Características sócio-demográficas dos pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal.....	72
4.5.3	Comorbidades.....	74
4.5.4	Tratamentos psiquiátricos prévios.....	76
4.5.5	Intensidade dos sintomas do Transtorno Dismórfico Corporal.....	77
4.5.6	Nível de crença (Juízo crítico) sobre os sintomas do Transtorno Dismórfico Corporal.....	77
4.5.7	Dimensões obsessivo-compulsivas associadas ao Transtorno Dismórfico Corporal.....	78
4.5.8	Comparações entre pacientes com Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno Dismórfico Corporal associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	79
4.6	Tratamentos dermatológicos cosméticos e cirúrgicos.....	83
4.7	Fatores associados à gravidade do Transtorno Dismórfico Corporal e ao nível de crença (juízo crítico).....	86
4.8	Fatores associados à presença de Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	87
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>93</b>
5.1	Características da amostra.....	94
5.2	Rastreamento do Transtorno Dismórfico Corporal: considerações sobre as respostas às perguntas de triagem.....	96
5.3	Histórico Médico.....	97
5.4	Antecedentes psicossociais.....	97
5.5	Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal após triagem da amostra.....	99
5.5.1	Prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal.....	99
5.5.2	Características sócio-demográficas dos pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal.....	106
5.5.3	Comorbidades.....	108
5.5.4	Diagnósticos e tratamentos psiquiátricos prévios.....	113
5.5.5	Intensidade dos sintomas do Transtorno Dismórfico Corporal.....	114
5.5.6	Nível de crença (juízo crítico) sobre os sintomas do Transtorno Dismórfico Corporal.....	116
5.5.7	Dimensões obsessivo-compulsivas associadas.....	118
5.5.8	Comparações dos pacientes com Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno Dismórfico Corporal associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	119
5.6	Tratamentos dermatológicos cosméticos e cirúrgicos.....	121
5.7	Fatores associados à gravidade do Transtorno Dismórfico Corporal e ao nível de crença (juízo crítico).....	128
5.8	Fatores associados à presença de Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	129
5.9	Limitações deste estudo.....	129
5.10	Perspectivas futuras.....	131
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>134</b>
<b>7.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>137</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>156</b>

# Lista de Siglas

<b>BABS</b>	Escala de Avaliação de Crenças de Brown
<b>BDD-Y-BOCS</b>	Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown modificada para o Transtorno Dismórfico Corporal
<b>BE</b>	“Best Estimate Diagnosis”
<b>CID</b>	Classificação Internacional dos Transtornos Mentais e do Comportamento (“International Classification of Mental and Behavioural Disorders”)
<b>DSM</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”)
<b>DY-BOCS</b>	Escala Dimensional de Avaliação da Presença e da Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos
<b>EDM</b>	Episódio Depressivo Maior
<b>fMRI</b>	Ressonância Magnética Funcional
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corpórea
<b>MRI</b>	Ressonância magnética volumétrica
<b>PROTOC</b>	Programa para o estudo dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo
<b>SCID</b>	Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I
<b>SPECT</b>	Single photon emission computed tomography
<b>TAG</b>	Transtorno de Ansiedade Generalizada
<b>TDC</b>	Transtorno Dismórfico Corporal
<b>TDM</b>	Transtorno Depressivo Maior
<b>TEPT</b>	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
<b>TOC</b>	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
<b>Y-BOCS</b>	Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown



# Lista de Tabelas

<b>TABELA 1</b> - Tratamentos clínicos e cirúrgicos cosméticos mais frequentemente realizados no Brasil por dermatologistas e/ou cirurgiões plásticos.....	5
<b>TABELA 2</b> - Estudos sobre a prevalência do transtorno dismórfico corporal em amostras da comunidade, de estudantes, pacientes de cirurgia cosmética, reparadora e dermatologia.....	23
<b>TABELA 3</b> - Comparação das variáveis demográficas categoriais entre os grupos.....	68
<b>TABELA 4</b> - Comparação das variáveis demográficas contínuas entre os grupos.....	69
<b>TABELA 5</b> - Prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal nos três grupos..	72
<b>TABELA 6</b> - Comparação de variáveis demográficas categoriais entre os pacientes com e sem o Transtorno Dismórfico Corporal.....	73
<b>TABELA 7</b> - Comparação das variáveis demográficas contínuas entre os pacientes com e sem o Transtorno Dismórfico Corporal.....	73
<b>TABELA 8</b> - Modelo final de regressão logística para a presença de Transtorno Dismórfico Corporal.....	74
<b>TABELA 9</b> - Comparação das comorbidades dos pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal entre os grupos.....	75
<b>TABELA 10</b> - Comparação da gravidade do Transtorno Dismórfico Corporal entre os grupos.....	77
<b>TABELA 11</b> - Comparação do grau de juízo crítico entre os grupos.....	78
<b>TABELA 12</b> - Comparação de freqüências de cada dimensão do DY-BOCS entre os pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal nos grupos.....	79

<b>TABELA 13</b> - Comparação de variáveis demográficas entre os pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal e com o transtorno dismórfico corporal associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	80
<b>TABELA 14</b> - Comparação das comorbidades entre os pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal e com o transtorno dismórfico corporal associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	81
<b>TABELA 15</b> - Comparação da gravidade do Transtorno Dismórfico Corporal e do Transtorno Dismórfico Corporal associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	82
<b>TABELA 16</b> - Comparação do grau de juízo crítico nos pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal e com o transtorno dismórfico corporal associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	83
<b>TABELA 17</b> - Comparação das queixas dermatológicas entre os grupos.....	83
<b>TABELA 18</b> - Frequência dos tratamentos dermatológicas nos grupos.....	85
<b>TABELA 19</b> - Comparação entre os grupos de Cosmiatria e Geral quanto aos tratamentos dermatológicos e de cirurgia plástica e resultados..	86
<b>TABELA 20</b> - Modelo final de regressão linear para o escore de BDD Y-BOCS.....	87
<b>TABELA 21</b> - Modelo final de regressão linear para o escore da BABS.....	87
<b>TABELA 22</b> - Modelo final de regressão logística para a presença de Transtorno Dismórfico Corporal.....	88
<b>TABELA 23</b> - Escores médios da escala BDD-YBOCS em pacientes psiquiátricos.....	115
<b>TABELA 24</b> - Escores médios da BABS em pacientes com o transtorno dismórfico corporal em populações psiquiátricas.....	117

## RESUMO

**Conrado, L.A.** Prevalência do transtorno dismórfico corporal em pacientes dermatológicos e avaliação da crítica sobre os sintomas nessa população [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 169p.

São cada vez mais freqüentes as queixas cosméticas na sociedade contemporânea objetivando a perfeição das formas do corpo e da pele. Os dermatologistas e cirurgiões plásticos são frequentemente consultados para avaliar e tratar essas queixas. Sendo assim é importante conhecer o Transtorno Dismórfico Corporal, inicialmente chamado de “dismorfofobia” que foi pouco estudado até recentemente. Esse transtorno é relativamente comum, por vezes incapacitante, e envolve uma percepção distorcida da imagem corporal caracterizada pela preocupação exagerada com um defeito imaginário na aparência ou com um mínimo defeito corporal presente. A maioria dos pacientes apresenta algum grau de prejuízo no funcionamento social e ocupacional e como resultado de suas queixas obsessivas com a aparência podem desenvolver comportamentos compulsivos, em casos mais graves há risco de suicídio. O nível de juízo crítico é prejudicado, não reconhecem que seu defeito é mínimo ou inexistente e freqüentemente procuram tratamentos cosméticos para um transtorno psíquico. A prevalência do transtorno na população geral é de 1 a 2% e em pacientes dermatológicos e de cirurgia cosmética de 2,9 a 16%. Neste estudo investigou-se a prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal em pacientes dermatológicos. Entrevistadores treinados avaliaram com questionários e entrevistas semi-estruturadas (SCID) pacientes que procuravam tratamentos cosméticos clínicos e cirúrgicos (grupo Cosmiatria, n=150), que procuravam a dermatologia em geral (grupo Geral, n=150) e grupo controle de 50 pacientes. Três psiquiatras independentes fizeram a melhor estimativa diagnóstica (“best estimate diagnosis”). Foram diagnosticados 32 pacientes (Cosmiatria 14%; Geral 6,7%; Controle 2%). As diferenças entre as prevalências nos três grupos foram significativas, bem como entre o grupo da Cosmiatria e o Controle. A regressão logística mostrou maior prevalência na Cosmiatria do que no grupo Geral e Controle, em indivíduos solteiros e com menor índice de massa corpórea. A gravidade foi moderada (em escala validada) e as obsessões foram mais significativas no grupo da Cosmiatria do que no Geral. A aplicação de escala de avaliação de crenças mostrou que o nível de juízo crítico estava mais prejudicado nos pacientes do grupo da Cosmiatria. Nenhum paciente havia sido diagnosticado previamente. As comorbidades psiquiátricas foram freqüentes, principalmente o Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno Obsessivo Compulsivo. A comparação de subgrupos de pacientes que tinham o Transtorno Dismórfico Corporal ou este associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo não mostrou diferenças significativas quanto às variáveis demográficas, comorbidades psiquiátricas, gravidade do transtorno ou nível de juízo crítico. As queixas dermatológicas mais freqüentes, em média duas, foram: discromias, acne, quanto à forma do corpo e ao envelhecimento. No grupo Cosmiatria a maioria dos pacientes já havia se submetido a tratamentos ou cirurgias cosméticas com resultados insatisfatórios. Os achados desse estudo apontam para uma maior prevalência em pacientes dermatológicos, principalmente nos que procuram tratamentos cosméticos, sugerindo que possam ser mais obsessivos e ter pior nível de juízo crítico em relação aos seus sintomas. Considerando a alta prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal em pacientes dermatológicos e que os tratamentos cosméticos raramente melhoram seus sintomas, o treinamento dos profissionais para a investigação sistemática, diagnóstico e encaminhamento para tratamento psiquiátrico parece fundamental.

## SUMMARY

**Conrado, L.A.** Prevalence of body dysmorphic disorder among dermatological patients and level of insight about their symptoms [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 169p.

Cosmetic concerns are increasingly pervading the contemporary societies, focusing on body shape and the skin perfection. Dermatologists and plastic surgeons are frequently consulted to evaluate and treat these concerns. Therefore it is important to be aware of the Body Dysmorphic Disorder, also known as dysmorphophobia, little studied until recently. This disorder is relatively common sometimes causing impairment involving a distorted perception of the body image characterized by an excessive preoccupation with an imagined or minimal appearance defect. Most of the patients experience some degree of impairment in social or occupational functioning and as a result, their obsessive thoughts, may lead to repetitive behaviors and in severe cases, to attempted suicide. Most individuals have poor insight and they do not acknowledge the defect is minimal or inexistent and seek out cosmetic treatments for a psychiatric disorder. The prevalence of this disorder among general population ranges from 1 to 2 % and in dermatological and cosmetic surgery patients ranges from 2, 9 to 16%. This study assessed the prevalence of Body Dysmorphic Disorder in dermatological patients. Trained interviewers used questionnaires (BDDQ) and semi-structured clinical interviews (SCID) to assess patients seeking clinical or surgical cosmetic treatments (Cosmetic group, n=150), seeking dermatology in general (General group, n=150) and a control group of 50 subjects. Three independent psychiatrists assigned the "best estimate diagnosis" and 32 patients were diagnosed with the disorder (Cosmetic 14%, General 6, 7% and Control 2%). Prevalence differences in the three groups were significant, also for Cosmetic and Control groups. In the logistic regression a higher prevalence has been noticed in the Cosmetic group (when compared with General and Control groups), in patients that are not currently married and with less body mass index. The severity of the symptoms assessed by a validated scale (BDD-YBOCS) was moderate and the obsessions were significantly higher in the Cosmetic group as compared to the General one. Beliefs were assessed by a scale (BABS) and insight were significantly poorer in the Cosmetic group. None of the patients had been previously diagnosed. Psychiatric co-morbidities were frequent, mostly Major Depressive Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. Comparing two patients subgroups with just Body Dysmorphic Disorder and patients with Obsessive-Compulsive Disorder as comorbidity show no differences according to demographic variables, Axis I psychiatric comorbidity, symptoms severity and level of insight. The most frequent dermatological concerns were dyschromias, acne, the shape of the body and ageing. In the Cosmetical group most of the patients have performed clinical or surgical cosmetic treatments with poor results. Our findings provide further support for higher prevalence of Body Dysmorphic Disorder in dermatological patients, mainly those seeking cosmetic treatments and suggests that those patients might be more obsessive and having poorer insight into their symptoms. Taking into account the high prevalence of Body Dysmorphic Disorder in dermatological patients and cosmetic treatments that rarely improve symptoms there are compelling reasons for training professionals to systematically investigate, diagnose and refer these patients to adequate psychiatric treatment.

# 1. INTRODUÇÃO

---

*“A vida líquida é uma forma de vida que tende a ser levada à frente numa sociedade líquido-moderna. “Líquido-moderna” é uma sociedade em que as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário para a consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir. A liquidez da vida e a da sociedade se alimentam e se revigoram mutuamente. A vida líquida, assim como a sociedade líquido-moderna, não pode manter a forma ou permanecer em seu curso por muito tempo.”*

Zygmunt Bauman

Esta tese foi desenvolvida graças a uma parceria entre o Departamento de Dermatologia e o Departamento de Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria, mais precisamente no Programa para o Estudo dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC), chefiado pelo Prof. Dr. Eurípedes C. Miguel. A tese foi orientada na área da Dermatologia pelo Prof. Dr. Evandro A. Rivitti e na Psiquiatria pela Dra. Ana Gabriela Hounie, médica psiquiatra ligada ao PROTOC.

Inicialmente, acredito ser importante contextualizar o campo de estudo dessa pesquisa. Suas questões iniciais emergiram de minha atuação na Dermatologia Clínica e Cirúrgica. Como dermatologista, tenho trabalhado há muitos anos com a cirurgia dermatológica, a cosmiaatria e os lasers. Nesse percurso passei a observar na clínica uma maior demanda de pacientes com queixas relacionadas à imagem corporal. Alguns pacientes não mostravam crítica adequada sobre sua imagem corporal e “exigiam” alguns tratamentos, que a meu ver, não estavam indicados, ou mostravam-se extremamente susceptíveis à realização de qualquer procedimento indicado por mim. Esse estudo desenvolveu-se a partir da observação desses comportamentos e dos conflitos que foram surgindo quando o paciente desejava fazer um procedimento que eu julgava não ser indicado, e da percepção do extremo cuidado que o profissional deveria ter ao indicar um tratamento ou procedimento a esse tipo de paciente.

Foi muito marcante o caso de uma paciente, extremamente emagrecida (e com possível diagnóstico de anorexia nervosa), que me procurou para realizar “preenchimento” na face. Se houvesse por parte dela consciência de seu transtorno alimentar e estivesse em tratamento específico, entenderia que essa não era a melhor forma de lidar com seu problema. No entanto, era-me insuficiente apenas dizer que não realizaria o procedimento e a questão passou a ser como deveria eu lidar com esses conflitos.

Nessa época assisti a uma conferência sobre o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) ministrada pela Dra. Katherine Phillips que mostrava ser esse um transtorno muito pouco estudado, inclusive na Psiquiatria, e cuja frequência parecia ser bem maior nos consultórios dermatológicos do que na população geral. Esse foi o evento que apontou para o caminho acadêmico que eu trilharia para o estudo e a melhor compreensão dessas questões.

## **1.1 Os tratamentos médicos cosméticos na atualidade**

Nas últimas décadas assistimos a um aumento da demanda por procedimentos cosméticos médicos, e da atuação médica destinada a melhorar ou realçar aspectos “normais” em um indivíduo, considerando sua aparência física como um todo.

Novos sistemas, técnicas e materiais foram desenvolvidos nesse período, e hoje a área da medicina chamada “cosmética” envolve além dos tratamentos clínicos e cirúrgicos convencionais, os procedimentos chamados “minimamente invasivos”, entre estes, as aplicações de toxina botulínica e

preenchedores cutâneos e a utilização dos lasers não ablativos. Sendo assim é apropriado que sejam considerados genericamente como tratamentos médicos cosméticos ou procedimentos médicos cosméticos\*.

Estatísticas norte-americanas mostram que na década de 90 houve um aumento de 1600% na realização desses procedimentos<sup>1</sup>. Em 2006, de acordo com a *American Society of Plastic Surgeons* (ASPS), 10,9 milhões de cirurgias cosméticas foram realizadas nos Estados Unidos, e 80% dessas foram procedimentos minimamente invasivos<sup>2,3</sup>. O aumento do número dos procedimentos médicos cosméticos também foi observado em levantamentos realizados na Alemanha<sup>4</sup> e no Reino Unido<sup>5</sup>. O Brasil é o segundo país do mundo em número de cirurgias cosméticas, e o segundo maior mercado mundial de toxina botulínica, movimentando 30 milhões de dólares/ano com esse produto<sup>6</sup>.

Tradicionalmente duas especialidades médicas têm formação específica para atuar nessa área: a Dermatologia e a Cirurgia Plástica. A Dermatologia, especialidade clínico-cirúrgica destinada ao diagnóstico e tratamento de enfermidades cutâneas teve grande desenvolvimento na área da Cirurgia Dermatológica nos últimos 30 anos, atuando no tratamento cirúrgico de lesões benignas e de tumores cutâneos, no desenvolvimento de técnicas cirúrgicas para tratamento de dermatoses como o vitiligo, nos cuidados quanto ao aspecto cosmético das seqüelas da acne (correção de cicatrizes), entre outros procedimentos. Já a Cirurgia Plástica atua realizando cirurgias reparadoras para

---

\* Na literatura médica internacional os procedimentos médicos cosméticos também são referidos como "aesthetical medical procedures", mas no Brasil não se considera acadêmica a utilização do termo "estética", que literalmente se refere ao estudo das condições e dos efeitos da criação artística.

ESTÉTICA: [Do lat.cient.aesthetica<gr.aisthetiké, f.do gregoaisthetikós (v. estético). 1] Filos. Estudo das condições e dos efeitos da criação artística. 2] Filos. Tradicionalmente, estudo racional do belo, quer quanto á possibilidade de sua conceituação, quer quanto á diversidade de emoções e sentimento que ele suscita no homem. 3] Fam. beleza física, plástica. Estetizar:[da estética + izar, seg. o padrão erudito] v.t.d. estudar ou considerar do ponto de vista estético.



a correção de malformações congênitas ou seqüelas de acidentes traumáticos e cirurgias cosméticas com o objetivo de melhorar algum aspecto da aparência.

Na última década, com o desenvolvimento dos procedimentos médicos cosméticos, observamos uma maior sobreposição entre as áreas de atuação da Dermatologia e da Cirurgia Plástica, o que pode ser apreciado na Tabela 1 que discrimina os procedimentos que são realizados por dermatologistas ou cirurgiões plásticos no Brasil.

**TABELA 1** – Tratamentos clínicos e cirúrgicos cosméticos mais frequentemente realizados no Brasil por dermatologistas e/ou cirurgiões plásticos

<b>Dermatologia cosmética</b>	<b>Dermatologia e Cirurgia Plástica</b>	<b>Cirurgia Plástica cosmética</b>
Agentes tópicos / sistêmicos para acne	Lipoaspiração	Ritidectomia (“lifting”)
Agentes despigmentantes tópicos	Blefaroplastia	Rinoplastia
Isotretinoína sistêmica	Implantes temporários e semi-permanentes	Otoplastia (correção de “orelha de abano”)
Agentes tópicos e sistêmicos cabelos	Dermabrasão	Cirurgia de mandíbula
Agentes tópicos fotoenvelhecimento	“Resurfacing” a laser (ablativo)	Implantes permanentes malares ou mentonianos
	Transplantes de cabelos	Remoção de pele excessiva em pernas ou braços
	Pequenas cirurgias ambulatoriais: nevus nevoceculares, cistos epidérmicos	Mamas: aumento, elevação, redução
<b>Procedimentos minimamente invasivos</b>		Realinhamento de vértebras
Tratamento intra-lesional		Implantes permanentes peitorais
Crioterapia	<b>Procedimentos minimamente invasivos</b>	
Quimiocirurgia	Preenchedores cutâneos: temporários, semi-permanentes ou permanentes	Abdominoplastia
	Microdermabrasão	Elevação da musculatura dos glúteos
	Tratamentos com laser não ablativos	Cirurgia genital
	Peelings químicos	
	Escleroterapia	
	Toxina Botulínica	

Por muitos anos os procedimentos médicos cosméticos foram entendidos como sendo de domínio dos dermatologistas e cirurgiões plásticos. Hoje, médicos de várias especialidades e inclusive sem especialização oferecem esses procedimentos. Causa surpresa para alguns que não haja nos órgãos reguladores médicos em geral, legislação que discrimine normas quanto à formação de profissionais para a execução desses ou de quaisquer outros procedimentos médicos, incluindo cirurgias neurológicas ou cardíacas. Além do mais, os médicos que praticam a medicina cosmética frequentemente trabalham com profissionais paramédicos, que também realizam procedimentos de menor complexidade<sup>2</sup>.

Portanto, é importante ressaltar que embora os números citados acima sejam impressionantes, provavelmente são apenas uma pequena estimativa do número de pessoas que recebem esses tratamentos<sup>2</sup>.

## **1.2 Considerações sobre aspectos psicossociais**

Entre as inúmeras razões para o aumento da popularidade dos procedimentos médicos cosméticos devemos considerar algumas teorias psicossociais que analisam o papel da aparência física na vida cotidiana, especificamente, sua contribuição para as mudanças de comportamento em relação à aparência<sup>7</sup>, além de aspectos relacionados à imagem corporal. Nesse contexto, o papel da comunicação em massa, da indústria do entretenimento com suas celebridades e a ampla rede de informações gerada pela internet na cultura contemporânea figuram como importantes fatores psicossociais. Uma das conseqüências do desenvolvimento nessa área foi que os tratamentos

tornaram-se menos invasivos e a melhor compreensão de aspectos da cicatrização e do pós-operatório propiciou uma maior segurança e menor tempo de recuperação ao paciente.

A divulgação dessas técnicas ganhou espaço na mídia de massa, que hoje é frequentemente utilizada pela indústria farmacêutica, hospitais e centros médicos para divulgar esses procedimentos diretamente aos pacientes. Os anúncios lembram os das revistas de moda e beleza com lindas modelos de aspecto diáfano, mostrando resultados pós-operatórios, com a promessa de melhoria da auto-estima e da qualidade de vida, auxiliando na criação de um “novo você”. Os programas de TV fazem demonstrações e alguns acompanham os indivíduos antes, durante e após os procedimentos. Em 2003, o programa “Extreme Makeover” da rede americana ABC e exibido também no Brasil, foi o segundo programa mais assistido por adultos abaixo dos 50 anos<sup>1</sup>. Dessa forma, o consumidor/paciente se sente capaz de “adquirir” os ideais de beleza do cinema e das celebridades. No entanto, o ideal contemporâneo de beleza para as mulheres, de um corpo magro mostrando músculos definidos e mamas maiores, raramente ocorre na natureza. Para “adquirir” o contorno corporal “ideal”, se faz necessária dieta alimentar restritiva, exercícios excessivos, lipoaspiração e aumento de mamas. Comparações com esses ideais, muitas vezes com extrema injustiça, podem levar ao aumento da insatisfação e preocupações potenciais com a aparência.

Na perspectiva das teorias sociais da diferença do eu-ideal (“self-ideal”) e da comparação social, os indivíduos se comparam com pessoas que representam os ideais de beleza culturais e consideram que sua própria aparência não corresponde a desses ideais. A diferença entre a aparência de alguém e o “ideal”, podendo esse ser uma celebridade, um amigo ou um

ideal pessoal, resulta em insatisfação com a imagem corporal (Heinberg apud Sarwer e Crerand)<sup>1</sup>.

Os indivíduos também desempenham importante papel nesse contexto, utilizando produtos para perda de peso, cosméticos, freqüentando academias, “monitorando” obsessivamente suas dietas e exercícios e utilizando esses tratamentos para combater sua insatisfação com a aparência.

Atualmente, o profissional que atua nessa área observa um importante fenômeno social, a chamada medicina de estilo de vida (“lifestyle medicine”), na qual condições clínicas que fazem parte da natureza humana e dos processos de envelhecimento são alvos da indústria farmacêutica. Isso provoca a percepção pública de que essas condições são de fato doenças, levando à sua “medicalização” e à solicitação de tratamentos pelos indivíduos (“treatment on demand”)<sup>8</sup>. A cirurgia cosmética pode não levar à melhora da saúde física, mas as avaliações prospectivas de pacientes mostram as alterações na aparência como uma estratégia de auto-cuidado (“self-care”) positivo, semelhante à realização de uma dieta ou programa de exercícios<sup>2</sup>.

Na verdade, parece que nossa “sociedade pós-moderna” está firmando como realidade o que há décadas psicólogos e biólogos sociais afirmam – que a aparência é importante. Muitos estudos sugerem que os indivíduos com atributos físicos são favorecidos e recebem tratamento preferencial em várias situações<sup>1</sup>. Outros estudos sugerem que a programação genética das preferências tem como objetivo a reprodução e que, em geral, os indivíduos selecionam juventude e simetria das feições, bem como uma menor razão na proporção cintura-quadril, consideradas sinais de melhor capacidade reprodutiva para um parceiro potencial<sup>1</sup>. Sendo assim, parece haver um sentido evolucionista na realização desses procedimentos médicos cosméticos,

considerando que muitos têm como objetivo melhorar a simetria, a juventude ou modificar essa razão de proporções, alterando características físicas de um corpo saudável.

### **1.3 A imagem corporal e a insatisfação**

Na população geral, a insatisfação com a própria imagem parece ser algo comum<sup>2</sup>. Presume-se que a realização de procedimentos cosméticos tenha como objetivo diminuir a insatisfação com a aparência física. No entanto, a mensuração do grau de insatisfação é difícil e as queixas podem variar até atingir um grau em que as preocupações causem interferência no funcionamento cotidiano, ou seja, em níveis psicopatológicos. A maioria dos estudos empíricos que investigaram pacientes de cirurgias cosméticas relatou insatisfações com a imagem corporal<sup>1</sup>.

Sarwer et al.<sup>9</sup> propõem melhor compreensão desses pacientes observando-se o conceito de imagem corporal e suas relações. A imagem corporal é um construto multidimensional que envolve percepção, pensamentos e sentimentos sobre o corpo. Esse autor propôs um modelo teórico das relações entre a imagem corporal e os tratamentos cosméticos, no qual os fatores físicos e psicológicos são importantes tanto na imagem corporal como na decisão de procurar esses tratamentos. O primeiro componente é a realidade objetiva da aparência física, fonte das primeiras informações que guiam as interações sociais e determinantes das crenças e comportamentos em relação ao corpo de alguém. Já os aspectos psicológicos da imagem corporal envolvem, além

dos fatores sócio-culturais já mencionados, a auto-percepção e aspectos do desenvolvimento individual. A auto-percepção é a habilidade que um indivíduo tem em avaliar de modo adequado a forma, o tamanho e a textura de uma característica física. Vemos que muitos pacientes que procuram tratamentos médicos cosméticos descrevem a sua aparência física de uma maneira que não corresponde à realidade objetiva, sabe-se também que experiências adversas no desenvolvimento podem gerar impacto negativo na imagem corporal adulta e preocupações exageradas com a aparência, como observamos em alguns casos de crianças e adolescentes que sofreram com comentários sobre sua aparência física ou tiveram pais demasiadamente preocupados com os aspectos estéticos, podendo considerar sua aparência inadequada, mesmo na ausência de um defeito observável.

Sarwer e Crerand<sup>1</sup> postularam que dois elementos são importantes para a relação da imagem corporal e a busca por procedimentos cosméticos: a valência da imagem corporal definida como o grau de importância que ela tem para a auto-estima de um indivíduo; e o valor da imagem corporal, que caracteriza o grau de satisfação do indivíduo com sua aparência. Quando comparados com indivíduos que têm menores valências e valores de imagem corporal, indivíduos com alta valência da imagem corporal, que devem muito de sua auto-estima a sua imagem corporal, têm maior grau de insatisfação e mais freqüentemente procuram tratamentos cosméticos. Assim, a insatisfação com a imagem corporal pode ser o catalisador motivacional para a busca desses tratamentos<sup>1</sup>. Alguns estudos<sup>7,9,10</sup> encontraram um aumento da insatisfação com a imagem corporal entre pessoas que se apresentavam para procedimentos cosméticos e outros<sup>9,11</sup> documentaram melhora na imagem corporal no pós-operatório.

Desses achados emerge uma questão interessante sobre a relação entre a imagem corporal e os procedimentos médicos cosméticos: Em que grau alguém deve estar insatisfeito com sua imagem corporal para buscar tratamentos ou cirurgias cosméticas?

A insatisfação com a imagem corporal desempenha importante papel em um grande número de transtornos psiquiátricos, incluindo os transtornos alimentares, a fobia social, o transtorno de identidade de gênero, mas principalmente na condição psiquiátrica que é a mais relevante para os tratamentos médicos que visam à melhora da aparência: o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC). A extrema insatisfação com a imagem corporal é o sintoma nuclear do TDC, e essa é a única categoria diagnóstica no “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) que diretamente se refere às queixas com a imagem corporal.

## **1.4 Transtorno dismórfico corporal**

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é relativamente comum, por vezes incapacitante, e envolve uma percepção distorcida da imagem corporal caracterizada pela preocupação exagerada com uma anomalia imaginária na aparência ou com um mínimo defeito corporal presente<sup>12</sup>.

Apesar do importante aspecto social que envolve esse transtorno, foi pouco estudado até recentemente e não reconhecido e diagnosticado por profissionais de saúde<sup>13</sup>.

### 1.4.1 Histórico do diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal

O TDC foi descrito em 1886 por Enrico Morselli e denominado inicialmente de “dismorfofobia”<sup>7\*</sup>.

Janet (1903) descreveu a “l’obsession de honte du corps” (obsessão com vergonha do corpo), Kraepelin (1909) o denominou como “dysmorphophobic syndrome”, e os japoneses como “shubo-kyofu”<sup>15</sup>.

Os relatos de casos de pacientes com sintomas consistentes com o TDC na literatura de cirurgia cosmética e Dermatologia apareceram antes da inclusão desse transtorno no “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria ou no “International Classification of Mental and Behavioural Disorders” (CID) da Organização Mundial de Saúde.

Relatos dos anos 60 descrevem pacientes cirúrgicos com mínimas deformidades e “insaciáveis”<sup>16</sup> por procedimentos estéticos. Na literatura dermatológica encontramos descrições de pacientes cujo quadro clínico é denominado: dismorfofobia e “dermatological nondisease”<sup>17</sup>, síndrome dismórfica, hipocondria dermatológica, e hipocondria monossintomática<sup>18</sup>.

A hipocondria monossintomática, ou os “delírios de dismorfose” seriam equivalentes à forma delirante do TDC, na qual o paciente está completamente convencido de que sua visão do defeito é real e não distorcida ou imaginada.

---

\* Do ponto de vista etimológico, o termo “dysmorphophobia” deriva do grego “dysmorphia”, que significa “feiúra”, particularmente em relação à face. No entanto, o transtorno não é caracterizado simplesmente pelo medo de ter um defeito físico, como o sufixo “phobia” pode sugerir. Além do mais os pacientes manifestam o que pode ser descrito como uma polarização da atenção, com custo emocional, cujo foco é uma parte específica do corpo. O sujeito desenvolve repulsa por essa parte do corpo, que causa interferência em diferentes graus nas relações com os outros e no seu funcionamento social<sup>14</sup>.



No entanto, alguns estudos clínicos (Phillips e McElroy, 1993, Phillips et al., 1994)\* apontam que a forma dita “delirante” do TDC possivelmente representa apenas uma forma mais grave de manifestação da mesma condição clínica, na qual a crítica está mais comprometida, numa perspectiva de diferença mais quantitativa (dimensional) do que qualitativa (categorial).

Na verdade, vários autores consideram que as crenças psicopatológicas nos quadros conhecidos como transtornos “delirantes” primários seriam mais bem definidas como idéias prevalentes ou supervalorizadas. Estas se apresentam com forte carga emocional, fatores predisponentes freqüentes, intensidade flutuante e conteúdo psicologicamente compreensível no contexto de vida e de personalidade do indivíduo. O conceito de idéia supervalorizada descrito por Wernicke em 1900 é de uma crença isolada, considerada justificada pelo indivíduo e com grande influência sobre seu comportamento (McKenna, 1984; De Leon et al., 1989; Kozac e Foa, 1993)\*\*. Exemplos seriam a hipocondria, o TDC e a anorexia nervosa, condições em que o indivíduo procura insistentemente convencer as outras pessoas de que está com a razão.

O termo “escoriações psicogênicas” foi utilizado principalmente na literatura dermatológica para os pacientes que manipulavam frequentemente a pele<sup>9</sup>. Nesses relatos, os pacientes mostravam altos níveis de insatisfação com os resultados de tratamentos objetivamente aceitáveis ou a seguir focavam

---

\* Phillips e McElroy (1993) Insight, overvalued ideation and delusional thinking in body dysmorphic disorder: theoretical and treatment implications. *J Nerv Ment Dis* 181:699-702, 1993.

Phillips et al. A comparison of delusional and nondelusional BDD in 100 cases. *Psychopharmacol Bull* 1994, 30 (2): 179-186.

\*\* McKENNA PJ. - Disorders with overvalued ideas. *Brit J Psychiatry* 145:579-585, 1984.

DeLEON J, BOTT A, SIMPSON GM.- Dismorphophobia: body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype? *Compr Psychiatry* 30:457-472, 1989.

KOZAC MJ, FOA EB. - Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Beh Res Therapy* 32:343-353, 1994.

sua preocupação em outra área do corpo<sup>19</sup>. Uma vez que esses estudos não tinham critérios diagnósticos rigorosos, é possível que alguns, mas não todos os pacientes tivessem o TDC.

Apesar de haver sido descrito no mundo há mais de um século, o TDC não foi incluído nos sistemas diagnósticos até 1980 e sua classificação é até hoje discutida<sup>14</sup>. Durante muito tempo foi considerado sintoma de doenças psiquiátricas tais como a esquizofrenia, os transtornos de humor ou os transtornos de personalidade<sup>20</sup>. Na nosografia psiquiátrica americana o TDC é mencionado pela primeira vez no “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)”-III (1980)<sup>21</sup> como Transtorno Somatoforme Atípico e no DSM III-R (1987)<sup>22</sup> com as variantes: não delirante e delirante.

Define-se Transtorno Somatoforme como “a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral, mas que não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por outro transtorno mental”<sup>23</sup>.

No DSM-IV (1994) americano<sup>23</sup>, o TDC é classificado como “Body Dysmorphic Disorder” (BDD), uma das manifestações dos Transtornos Somatoformes\*. Nesse manual diagnóstico, porém, a definição de idéia supervalorizada é menos específica e mais quantitativa, pressupondo um continuum de crítica: seria uma crença irracional de menor intensidade que uma idéia delirante, ou seja, uma crença “quase” inabalável. No TDC, pacientes com a crítica muito prejudicada (com intensidade de “delírio”, portanto) receberiam um diagnóstico distinto, de transtorno delirante somático - subtipo dismórfico, classificado junto às esquizofrenias e a outros transtornos “psicóticos” e não

---

\* Transtornos Somatoformes<sup>24</sup>: hipocondria, transtornos de somatização, conversivos, dolorosos, dismórfico corporal, somatoformes indiferenciados, e de somatização sem outra especificação.

mais na categoria dos transtornos somatoformes.

Assim a classificação das variações do nível de crítica sobre os sintomas (“insight”) entre as formas não delirante e delirante é pouco clara no DSM-IV. Na verdade, este aspecto da capacidade crítica sobre os sintomas ainda é motivo de muito debate entre os autores. Pavan et al (2008)<sup>14</sup> ressaltam que as queixas dismórficas podem apresentar características “delirantes”, que geralmente são menos severas do que em outros transtornos, mas em alguns casos podem ser consideradas mais graves do que idéias prevalentes. Apontam que alguns estudos descreveram algumas variantes mais graves caracterizadas por nível de crítica muito prejudicado, onde o paciente perde totalmente a capacidade de crítica real sobre os seus sintomas.

De modo similar, na classificação da OMS, o CID-10<sup>25</sup> a forma não delirante do TDC encontra-se como variante da Hipocondria e a forma delirante como variante da Síndrome Delirante<sup>26</sup>. No entanto, como visto anteriormente, a classificação em separado das formas delirante e não delirante é contrária à experiência clínica e às crescentes evidências na literatura, que mostram que o TDC é um transtorno único e a forma delirante, apenas mais grave.

Mais recentemente, o TDC tem sido reconhecido como síndrome específica com possível categoria diagnóstica autônoma; ou como manifestação do chamado espectro do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), que envolve transtornos que apresentam características psicopatológicas, de evolução clínica, padrão de comorbidades e respostas aos tratamentos semelhantes ao TOC<sup>27,28,29</sup>; ou ainda relacionado ao espectro das doenças afetivas<sup>30</sup>. No entanto, as conclusões definitivas sobre essas relações ainda são limitadas pelo pouco conhecimento sobre a etiopatogenia do TDC.

### 1.4.2 Critérios diagnósticos para o TDC no DSM-IV e no CID-10

Define-se o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) como preocupação com “defeito” na aparência.

O DSM-IV lista três critérios diagnósticos para TDC:

A) O indivíduo preocupa-se com um defeito imaginário na aparência e se uma mínima anomalia está presente, tem preocupação marcadamente excessiva com essa;

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.

A aplicação dos critérios diagnósticos para o TDC na população de pacientes com queixas cosméticas pode ser um desafio.

O primeiro critério diagnóstico (A), se aplicado de forma independente nas populações que buscam os profissionais da dermatologia cosmética, será positivo na maioria dos pacientes. 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<sup>31</sup>.

O segundo critério diagnóstico (B), ou seja, o grau de insatisfação e prejuízo no funcionamento cotidiano pode ser o melhor indicador do TDC nesses pacientes<sup>9</sup>. Por exemplo, uma pessoa que relata que suas queixas em relação à aparência, interferem em sua habilidade em manter um trabalho,

preenche critérios para o TDC. Em contraste, o diagnóstico de TDC é menos provável em um paciente que nega que suas preocupações tenham significativa interferência no funcionamento social e ocupacional.

O critério C deve ser aplicado para excluir principalmente os transtornos alimentares. Por exemplo: um paciente com anorexia nervosa que tenha preocupações com a imagem corporal focadas somente em “estar muito gordo” deve receber apenas o diagnóstico de anorexia nervosa e não o do TDC. No entanto, os dois transtornos podem ocorrer simultaneamente<sup>32</sup>.

No CID-10 o critério para o diagnóstico do TDC exige que o paciente tenha procurado atenção médica para suas queixas com a aparência. Phillips<sup>32</sup> aponta uma importante limitação desse critério, considerando que os pacientes com o TDC podem não ter procurado atendimento médico por diferentes razões (p. ex.: não ter seguro médico ou acesso ao tratamento, ou pela condição de isolamento social em que possam estar).

## **1.5 Clínica do Transtorno Dismórfico Corporal**

Até o presente, não há na literatura estudos epidemiológicos extensos ou completos sobre o TDC. No entanto, estudos retrospectivos<sup>33</sup> e os dados do primeiro estudo prospectivo mostram importantes aspectos descritivos da clínica<sup>34</sup>.

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<sup>35</sup>, ocupando grande parte do dia<sup>36</sup>. Na realidade, o “defeito” freqüentemente 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<sup>26</sup>. 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<sup>36</sup>.

É mais comum que essas preocupações envolvam áreas da face (pele, cabelos e nariz), embora qualquer parte do corpo possa ser foco de preocupação. Apresentam com frequência queixas relacionadas à acne, rugas e linhas de expressão; alterações na cor (p. ex. acreditam que a pele é muito vermelha ou muito branca) ou textura da pele; cicatrizes e estrias, “marcas” como nevus nevocelulares, cabelos finos ou excesso de pêlos no corpo; e queixas relativas ao tamanho e forma do nariz<sup>17</sup>. Além da face, os homens têm como maior foco, preocupações com os genitais, peso, cabelos e formas do corpo, enquanto as mulheres mais tipicamente relatam preocupações com o peso, os quadris, as pernas e as mamas<sup>37</sup>. Em média, pessoas com TDC relatam preocupações com cinco a sete partes do corpo durante o curso do transtorno<sup>38</sup>.

Os pacientes relatam incapacidade para interromper os pensamentos sobre sua percepção do defeito, sendo difícil controlar tal obsessão, que pode tornar-se mais intensa em situações nas quais o indivíduo sente-se pressionado pela expectativa de ser observado, como em situações sociais<sup>18</sup>. Tentando reduzir o estresse causado pelas suas crenças, os pacientes utilizam estratégias que geralmente tem pouco ou nenhum sucesso.

Os comportamentos mais comuns são: a reafirmação constante da aparência pela checagem no espelho ou em superfícies reflexivas

(p. ex.: vidros) para se certificar que está normal ou “aceitável”; a camuflagem do “defeito” com os cabelos, maquiagem, óculos escuros ou roupas; controle da posição do corpo para evitar que o “defeito” seja observado; cuidados pessoais excessivos (“grooming behaviours”) em salões de beleza, com mudanças de cor e corte de cabelos; ou utilizando maquiagens, produtos cosmecêuticos e tratamentos dermatológicos em excesso (filtros solares, ácido retinóico). Os comportamentos são variáveis e ilimitados: “bronzamento artificial”<sup>39</sup>; dietas freqüentes; exercícios excessivos e uso de esteróides anabolizantes caracterizando a “Dismorfia Muscular”<sup>40</sup>; hábito de tocar ou medir partes do corpo comparando sua aparência com a de pessoas famosas; comprar em excesso produtos de beleza ou roupas; ler sobre a aparência física e o corpo<sup>41</sup>.

Alguns comportamentos tais como a manipulação da pele e dos cabelos parecem ser importantes no TDC. A maioria das pessoas apresenta esses comportamentos em extensão limitada, várias vezes na vida<sup>42</sup>. Esses comportamentos são complexos e tornam-se patológicos (escoriações patológicas ou tricotilomania) dependendo do seu foco, da duração e extensão, dos problemas resultantes, bem como das razões e emoções associadas. As escoriações patológicas (“skin picking”) e a tricotilomania são recorrentes e podem resultar em danos consideráveis à pele e aos cabelos.

As “escoriações patológicas” (“skin picking”)<sup>43</sup> são reconhecidas há muitos anos na Dermatologia, chamadas de “dermatotilexomania” ou “escoriações neuróticas”<sup>17</sup>. Os pacientes relatam que esse comportamento é compulsivo e irresistível e muitas vezes podem piorar uma dermatose (p. ex. acne leve)<sup>42</sup>. As “escoriações patológicas” podem ocorrer como sintoma de vários transtornos psiquiátricos e, em estudo de pacientes com o TDC foi relatado em 27% dos pacientes<sup>42</sup>. Embora esse comportamento seja considerado de “auto-injúria”

os pacientes com o TDC não têm a intenção de se machucar. Seu desejo é tentar melhorar a aparência da pele. Podem utilizar alfinetes, facas, cliques e lâminas, causando muitas vezes lesões notáveis com infecções secundárias ou cicatrizes profundas e mais raramente lesando vasos importantes como a artéria carótida<sup>32</sup>. Se na avaliação do paciente ficar claro que sua motivação é a queixa com a aparência e a melhora do “defeito”, então é mais provável o diagnóstico do TDC<sup>36</sup>.

Da mesma forma, preocupações com os cabelos também são comuns, fazendo com que os pacientes procurem tratamento dermatológico. As queixas mais freqüentes são de queda de cabelos e medo de ficar calvo (especialmente homens). Muitos evidenciam ter poucos cabelos, mas geralmente os cabelos estão normais. Podem usar bonés, prendedores de cabelos, lenços e utilizar tônicos capilares, finasterida e minoxidil. Se a queixa for de excesso de pêlos podem utilizar lâminas, ceras depilatórias ou pinças para removê-los. Como nas escoriações patológicas a tentativa de remoção dos pêlos pode levar a infecção e cicatrizes. Também é importante diferenciar da tricotilomania: os pacientes com TDC removem os pêlos para melhorar sua aparência; enquanto na tricotilomania, a remoção dos pêlos não é motivada por crenças ou pensamentos específicos<sup>36</sup>.

A maioria dos pacientes com TDC tem prejuízos na vida social, acadêmica ou ocupacional como resultado de suas preocupações e qualidade de vida ruim.

A gravidade do TDC também é variável entre os pacientes, havendo aqueles que levam uma vida aparentemente normal apesar do sofrimento e dos prejuízos cotidianos que têm. Nos casos mais graves o paciente evita situações de contato com outras pessoas, não consegue trabalhar ou ter relacionamentos sociais e afetivos devido à preocupação de parecer “feio” ou



ao medo de que outras pessoas estejam fazendo comentários depreciativos em relação ao seu “defeito”<sup>44</sup>. Mostram-se agressivos quando são impedidos de realizar seus comportamentos ou em situações estressantes<sup>45</sup>. Nos casos de gravidade extrema, há risco de suicídio<sup>7,46</sup>. Como já ressaltado, os níveis de crítica sobre as preocupações com a aparência podem variar durante o curso da enfermidade: há pacientes que apresentam juízo crítico bom ou razoável, percebendo que suas preocupações são um tanto exageradas e pacientes que não reconhecem que suas preocupações são excessivas. Além disso, pacientes com capacidade crítica ou insight” prejudicados no início do tratamento podem apresentar progressiva melhora nesse aspecto.

Há poucos estudos prospectivos avaliando os tratamentos dermatológicos e de cirurgia plástica nesses pacientes. Entretanto, com base em observações clínicas, os pacientes com o TDC, muitas vezes sem esse diagnóstico formal, são descritos pela busca freqüente de tratamentos cosméticos mais agressivos tais como terapias com laser, dermabrasão, transplante de cabelos e cirurgias plásticas, mesmo que esses tratamentos não tenham indicação médica<sup>33</sup>. Outro aspecto clínico importante é a vergonha que sentem dos seus sintomas e, conseqüentemente de relatá-los ao profissional. Acreditando que seu problema seja cosmético, procuram tratamento em especialistas nessa área.

No Anexo A, encontram-se questões auxiliares e “pistas” para auxiliar o diagnóstico do TDC.

## **1.6 Prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal**

### **1.6.1 Transtorno Dismórfico Corporal na população geral**

A prevalência do TDC na população geral ainda não é bem estabelecida.

No entanto, estima-se que afete aproximadamente 1 a 2% da população geral<sup>24</sup>. Estudos mais antigos relataram prevalência de 0,7% na população geral<sup>31</sup> e outro mostrou de 1-3%<sup>47</sup>. Os mais recentes, avaliando amostras maiores indicam prevalência de 1,7% na Alemanha e nos Estados Unidos de 2,4%<sup>48,49</sup>.

Nas populações de estudantes as prevalências de TDC variam de 2,5 a 28%<sup>9,31,50</sup>. Um estudo mostrou que não houve diferenças significativas entre as amostras de estudantes americanos (4%) e alemães (5,3%)<sup>50</sup> utilizando-se amostras e métodos similares.

A Tabela 2 mostra os estudos publicados analisando a prevalência de TDC em diferentes populações.

**TABELA 2** - Estudos sobre a prevalência de TDC em amostras da comunidade, de estudantes, pacientes de cirurgia cosmética, reparadora e dermatologia

Autor	Ano	País	n	População	Avaliação	%
<b>Comunidade</b>						
Faravelli et al.	1997	Itália	673	Comunidade	EC	0,7
Bienvendu et al.	2000	Estados Unidos	373	Comunidade	EC	1 a 3
Otto et al.	2001	Estados Unidos	976	Comunidade	EC	0,7
Rief et al.	2006	Alemanha	2552	Comunidade	EC	1,7
Koran et al.	2008	Estados Unidos	2513	Comunidade	ET	2,4
<b>Estudantes</b>						
Fitts et al.	1989	Estados Unidos	258	Estudantes	QAA	28
Biby	1998	Estados Unidos	102	Estudantes	QAA	13
Mayville et al.	1999	Estados Unidos	566	Estudantes	QAA	2,2
Bohne et al.	2002	Alemanha	133	Estudantes	QAA	5,3
Bohne et al.	2002	Estados Unidos	101	Estudantes	QAA	4
Cansever et al.	2003	Turquia	420	Estudantes	QAA + EC	4,8
Sarwer et al.	2005	Estados Unidos	559	Estudantes	QAA	2,5
Taqui et al.	2008	Paquistão	156	Estudantes	QAA	5,8
<b>Cirurgia cosmética</b>						
Sarwer et al.	1998	Estados Unidos	100	Cirurgia Cosmética	QAA	7
Ishigooka et al.	1998	Japão	415	Cirurgia Cosmética	EC	15
Phillips et al.	2000	Estados Unidos	150	Cirurgia Cosmética	QAA	10
Dusfrene et al.	2001	Estados Unidos	46	Cirurgia Cosmética	QAA + EC	15
Altamura et al.	2001	Itália	487	Medicina Cosmética	EC	6,3
Vargel et al.	2001	Turquia	20	Cirurgia Cosmética	EC	20
Vindigni et al.	2002	Itália	56	Cirurgia Cosmética	EC	53,6
Aouizerate et al.	2003	França	132	Cirurgia Cosmética	EC	9,1
Veale et al.	2003	Reino Unido	29	Cirurgia Plástica	QAA	20,7
Crerand et al.	2004	Estados Unidos	91	Cirurgia Cosmética	QAA	8
Castle et al.	2004	Austrália	137	Medicina Cosmética	QAA	2,9
Vulink et al.	2006	Holanda	475	Cirurgia Cosmética	QAA	3,2
Bellino	2006	Itália	66	Cirurgia Cosmética	EC	16,6
<b>Cirurgia reparadora</b>						
Sarwer et al.	1998	Estados Unidos	43	Cirurgia Reparadora	QAA	16
Crerand et al.	2004	Estados Unidos	50	Cirurgia Reparadora	QAA	7
<b>Dermatologia</b>						
Phillips et al.	2000	Estados Unidos	118	Dermatologia	QAA	14,4
Harth et al.	2001	Alemanha	13	Hiperidrose	EC	23,1
Uzun et al.	2003	Turquia	159	Acne	EC	8,8
Vulink et al.	2006	Holanda	530	Dermatologia	QAA	8,5
Bowe et al.	2007	Estados Unidos	128	Acne	QAA	14,1

EC - Entrevista clínica, QAA - Questionário auto-aplicável, ET - Entrevista telefônica.

FONTE: Tabela adaptada de Crerand et. al.<sup>31</sup>

### **1.6.2 Transtorno Dismórfico Corporal em populações de dermatologia e cirurgia plástica**

Estudos empíricos sugerem que a prevalência do TDC nesses pacientes parecem ser maiores do que na população geral. Um estudo americano de 1998<sup>9</sup> relata que a prevalência do TDC nos pacientes de cirurgia plástica cosmética parece variar entre 7 e 8%, e dois estudos europeus mostraram prevalências de 6,3% e 9,1%<sup>51,52</sup>.

No entanto, as prevalências na literatura variaram de 2,9-53,6%<sup>31</sup>, mas em estudos que não utilizaram a mesma metodologia, alguns com pequenas amostras, vieses de seleção e uso de entrevistas não estruturadas.

A prevalência do TDC nos pacientes que procuram consultas clínicas na Dermatologia parece ser ligeiramente maior do que em populações de cirurgia cosmética<sup>12,31,32</sup>. Segundo Phillips et al.<sup>12</sup>, o dermatologista pode ser o profissional que mais freqüentemente é consultado por esses pacientes. Em estudo de prevalência em população dermatológica clínica, 14,4% dos pacientes teve critérios diagnósticos para o TDC e a maioria desses procurou tratamento para acne<sup>12</sup>. O TDC parece ser mais prevalente nessas populações, mostrando a importância do conhecimento desse transtorno e de seus aspectos clínicos para estes profissionais.

### **1.6.3 Transtorno Dismórfico Corporal em populações de pacientes psiquiátricos**

Um estudo de 1998<sup>53</sup> mostrou prevalência de 3,2% do TDC entre os pacientes de clínica psiquiátrica ambulatorial. Fontenelle et al.<sup>54</sup> encontraram

12% de prevalência em pacientes psiquiátricos ambulatoriais no Brasil. Apenas dois estudos investigaram o TDC em pacientes psiquiátricos internados por outros diagnósticos. Esses mostraram que de 13 a 16% dos pacientes tinham critérios diagnósticos para o TDC no momento da entrevista ou tiveram em algum momento de suas vidas<sup>55</sup>. Nenhum paciente havia recebido o diagnóstico do TDC durante sua hospitalização, mesmo que alguns pacientes considerassem seus sintomas do TDC como o “seu maior problema”. Todos os pacientes disseram que não revelariam seus sintomas espontaneamente ao seu médico por sentirem vergonha.

#### **1.6.4 Transtorno Dismórfico Corporal em outras populações médicas**

Em outras populações médicas os estudos são mais escassos. Na clínica médica geral, 4% dos pacientes tiveram critérios para o TDC<sup>39</sup> e, em um estudo de população de pacientes ortodônticos, 7,5%<sup>56</sup>. Não existem estudos de pacientes nas populações que procuram tratamento cosmético com profissionais paramédicos, mas alguns sugerem que pacientes com o TDC freqüentemente buscam esses profissionais<sup>38,57</sup>. O estudo de Kitter et al.<sup>58</sup> mostrou que os pacientes obesos também podem apresentar o TDC e, com o desenvolvimento da cirurgia bariátrica nos últimos anos, tem havido grande procura por tratamentos cosméticos para melhorar as conseqüências da redução drástica de peso. No entanto, pouco se sabe sobre os aspectos psicológicos desses pacientes<sup>2</sup>.

## 1.7 Aspectos demográficos

### 1.7.1 Idade

Inicia-se em geral na adolescência, podendo ocorrer também na infância. Em média os pacientes sofrem por até onze anos até que procurem tratamento específico<sup>32</sup>. O extenso estudo de Phillips et al.<sup>34</sup> mostrou que, nos pacientes com o TDC, a média de idade de desenvolvimento do transtorno foi de 16,4 anos ( $\pm 7$  anos), embora a insatisfação com a aparência tenha se manifestado entre 12,9 anos ( $\pm 5,8$  anos). Parece haver um segundo pico de incidência ocorrendo após a menopausa<sup>14</sup>.

### 1.7.2 Diferenças de gênero

Embora não seja definitivo, parece não haver diferenças entre os gêneros<sup>31</sup>. Alguns estudos mostraram maior freqüência nas mulheres<sup>34,35</sup>, outros em homens<sup>19,59,60</sup>. Nos estudos de Rief et al.<sup>49</sup> e Koran et al.<sup>48</sup>, que observaram as maiores amostras populacionais, o TDC foi ligeiramente mais prevalente entre as mulheres (1,9: 1,4% e 2,5: 2,2%, respectivamente). No entanto, homens e mulheres parecem similares quanto à maior parte dos aspectos clínicos e demográficos<sup>34,37</sup>.

No estudo de Phillips et al.<sup>37</sup> os homens eram mais velhos, solteiros e preocupados com os genitais, com a massa muscular e com os cabelos; enquanto as mulheres apresentaram maior preocupação com as mamas, com as coxas e com as pernas, e também uma maior tendência a camuflar o suposto defeito.

## **1.8 Etiologia**

### **1.8.1 Genética do Transtorno Dismórfico Corporal**

Os fatores genéticos parecem desempenhar importante papel na etiologia do TDC, como evidenciado pelos padrões de hereditariedade observados<sup>47</sup>. Dos indivíduos com o TDC, 8% têm algum membro da família com esse diagnóstico durante a vida, o que representa de 4 a 8 vezes a prevalência na população geral<sup>47</sup>.

O TDC compartilha a hereditariedade com o TOC, como mostrou um estudo familiar no qual 7% dos pacientes como o TDC tinham algum familiar de primeiro grau com o TOC<sup>61</sup>. Os familiares de primeiro grau de probandos com o TOC têm seis vezes mais chance de ter o TDC ao longo da vida do que os familiares dos controles, sugerindo que possa haver um elo genético entre esses transtornos<sup>47</sup>. Apenas um estudo de associação genética foi realizado até recentemente. Richter et al.<sup>61</sup> encontraram uma associação entre o gene do ácido gama-aminobutírico (GABA) A-gama 2 no TDC, e no TDC ocorrendo em comorbidade com o TOC, mas não no TOC como único transtorno; e uma tendência de associação no TDC com o polimorfismo do pequeno alelo do gene da região promotora do transportador de serotonina (5- HTPRL).

### **1.8.2 Fatores neurobiológicos**

Funções anormais da serotonina e da dopamina podem estar envolvidas no desenvolvimento do TDC, como foi evidenciado pela boa resposta desses pacientes a medicações que alteram os níveis desses neurotransmissores<sup>31</sup>.

Relatos de casos sugerem que o desenvolvimento do TDC possa ter como gatilho patologias clínicas inflamatórias que interferem na síntese de serotonina; sofrer exacerbação dos sintomas após infecção estreptocócica<sup>62</sup>; ou ainda surgir após lesão na região do lobo fronto-temporal<sup>63</sup>. Testes neuropsicológicos mostram déficits na memória verbal e visual e nas habilidades de organização da codificação das informações, sugerindo envolvimento dos sistemas cortico-estriatais, além de prejuízo nas funções executivas<sup>31</sup>.

### **1.8.3 Estudos de neuroimagem**

Apenas dois estudos de neuroimagem no TDC foram publicados até o presente. Um estudo preliminar de ressonância magnética volumétrica (MRI) encontrou uma assimetria no volume do caudado, com maior volume esquerdo e maior volume total de substância branca em oito mulheres com o TDC, quando comparadas com oito controles<sup>64</sup>. Outro estudo de imagem de apenas seis pacientes com o TDC, sem controles, e utilizando o SPECT (“single photon emission computed tomography”), mostrou achados variáveis e discrepantes relacionados a déficits relativos de perfusão nas regiões antero-medial temporal (bilateral) e occipital, além de perfusão assimétrica nos lóbulos parietais<sup>65</sup>.

Feusner et al.<sup>66</sup> apresentaram recentemente os resultados do primeiro estudo de imagem funcional. Comparando os pacientes com o TDC e controles, examinou o processamento de informação visual de faces em relação à frequência espacial<sup>66</sup>. Doze pacientes com o TDC e doze controles saudáveis realizaram ressonância magnética funcional (fMRI) enquanto combinavam fotografias de faces. Nesse estudo, os pacientes com o TDC apresentaram



diferenças fundamentais em relação aos controles no processamento visual, com diferentes lateralidades nos padrões de ativação em áreas que representam uma extensão das redes de processamento visual e atividade anormal das amígdalas. Esses autores propõem que essas anormalidades podem estar associadas com as aparentes distorções encontradas nos pacientes com o TDC, fazendo com que priorizem focos específicos da face perdendo a avaliação do contexto geral.

#### **1.8.4 Fisiopatologia – modelo teórico**

Embora a fisiopatologia do TDC ainda seja desconhecida, Feusner et al.<sup>61</sup> observando casos clínicos com lesões cerebrais e estudos de neuroimagem com ativação cerebral que mostraram padrões de percepção visual, imagem corporal distorcida e processamento emocional, propuseram um modelo para compreensão das disfunções neuro-anatômicas possivelmente envolvidas nos sintomas do TDC. Esse modelo propõe que ocorra uma combinação de disfunções no circuito fronto-estriatal, nos balanços entre os hemisférios cerebrais e maiores graus de respostas na amígdala e na ínsula, mediando os sintomas e déficits neuropsicológicos no TDC.

#### **1.8.5 Fatores psicológicos**

Pelo menos duas teorias psicológicas propuseram-se a esclarecer as causas do TDC, a teoria psicanalítica e a cognitivo-comportamental. A teoria psicanalítica sugere que o TDC emerge do deslocamento inconsciente de conflitos sexuais ou emocionais, de sentimentos de inferioridade, culpa

ou distorção da imagem corporal de alguma parte do corpo. Explicações a partir de um ponto de vista cognitivo-comportamental sugerem que o TDC manifesta-se de uma interação entre fatores comportamentais, cognitivos e emocionais<sup>35</sup>. Os fatores cognitivos que parecem ser instrumentais no desenvolvimento e manutenção do TDC incluem atitudes não realistas sobre a imagem corporal relacionadas à perfeição e simetria; atenção seletiva aos defeitos percebidos e aumento do monitoramento da presença de defeitos na aparência, além da interpretação errônea das expressões faciais dos outros como sendo, por exemplo, de crítica ou de raiva<sup>67,68</sup>. As pessoas com o TDC tendem a achar que sua aparência é bem menos atrativa do que acreditam ser a ideal<sup>35</sup>. Também é possível que sejam mais sensíveis às questões estéticas, o que foi sugerido por estudos que encontraram associações entre o TDC e pessoas que trabalham com arte<sup>31</sup>. De uma perspectiva comportamental sugere-se que o TDC possa resultar de reforços positivos ou intermitentes nas características da aparência e do aprendizado social (p. ex.: observando a importância da aparência na mídia ou no seu meio social)<sup>69</sup>. Os fatores cognitivos (p. ex.: pensamentos negativos sobre sua aparência) permitem emergir a ansiedade ou outras emoções negativas. Os comportamentos de má-adaptação (p. ex.: checagem excessiva no espelho) podem desenvolver-se e persistir como forma de reduzir o incômodo<sup>70</sup>.

## 1.9 Comorbidades

A maioria dos pacientes com o TDC tem pelo menos um transtorno mental em comorbidade. As comorbidades são muito comuns e, no maior estudo em pacientes com o TDC, Gustand e Phillips<sup>71</sup> mostraram que havia critérios diagnósticos para mais de duas outras comorbidades ao longo da

vida (Eixo I / DSM-IV)\*. Um maior número de comorbidades é associado a maior morbidade e prejuízo funcional<sup>71</sup>. As comorbidades mais freqüentes parecem ser os transtornos de humor e ansiedade, os transtornos do espectro obsessivo-compulsivo, os transtornos alimentares, os transtornos do uso de substâncias<sup>71</sup> e os transtornos de personalidade<sup>72</sup>.

### **Transtornos de Humor**

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) parece ser a comorbidade mais freqüente. Mais de 75% dos pacientes com o TDC teve ao menos um episódio ao longo da vida e, pelo menos a metade dos pacientes tem critérios para o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior Atual<sup>31</sup>.

Alguns autores sugeriram que o TDC seria um sintoma de depressão ou transtorno relacionado ao espectro dos transtornos afetivos, uma vez que ambos se caracterizam por baixa auto-estima, sentimentos de rejeição e desvalia e labilidade emocional. No entanto, o TDC difere da depressão principalmente pela presença de pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. Os pacientes com depressão, tipicamente, se preocupam menos com a aparência e não focam em aspecto específico dessa<sup>14</sup>.

No entanto, como no TDM, os pacientes com TDC também estão mais propensos à ideação e tentativas de suicídio. Em estudo recente em que foram avaliados 200 pacientes com o TDC, Phillips et al.<sup>73</sup> relatam freqüência de 78% de ideação suicida e 27,5% de tentativas de suicídio, sendo o TDC a principal motivação referida pelos pacientes.

---

\* O sistema diagnóstico do DSM é multiaxial, envolvendo cinco eixos, cada qual se refere a um domínio diferente de informações que possam contribuir para o diagnóstico clínico. São esses: Eixo I (Transtornos clínicos ou outras condições que possam ser foco de atenção clínica); Eixo II (Transtornos de personalidade); Eixo III (Condições Médicas Gerais); Eixo IV (Problemas psicossociais e relacionados ao ambiente) e Eixo V (diagnóstico do funcionamento global)<sup>23</sup>.

## **Transtornos de Ansiedade**

Nos pacientes com o TDC, os Transtornos de Ansiedade são freqüentes. No maior estudo de comorbidades em pacientes com o TDC, os Transtornos de Ansiedade foram relatados em 60% dos pacientes ao longo da vida<sup>27</sup> e a Fobia Social teve prevalência de 38%, tendendo a preceder o TDC<sup>72</sup>. Semelhante ao TDC, a Fobia Social é caracterizada por ansiedade social e comportamentos de evitação. No entanto, na Fobia Social, não há foco específico em um aspecto particular da face ou do corpo<sup>74</sup>. Phillips et al.<sup>75</sup> sugerem que a Fobia Social se desenvolve secundariamente nos pacientes com o TDC.

## **Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (Espectro TOC)**

O TDC é há muito tempo relacionado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e conceituado como parte dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo<sup>15</sup>. Portanto, faz-se pertinente algumas considerações sobre as relações entre o TDC e o TOC, especialmente, para leitores não psiquiatras.

O TOC é um transtorno crônico, que causa prejuízo funcional, caracterizado por obsessões recorrentes e/ou comportamentos compulsivos que são executados para aliviar o incômodo causado pelos pensamentos invasivos. As obsessões mais comuns envolvem as dimensões de contaminação, imagens sexuais, agressão, dúvidas, ordem e simetria. As obsessões são egodistônicas, ou seja, os pacientes com o TOC descrevem seus pensamentos obsessivos como “estrangeiros” e não derivados de sua mente, impostos extrinsecamente. As dimensões de compulsões mais

freqüentes envolvem contaminação, lavagem, checagem, ordem e arranjo, sendo que tais obsessões e compulsões consomem tempo e contribuem para prejuízo social e estresse significativo no cotidiano desses pacientes. É comum também observarmos os comportamentos de evitação, relacionados à tentativa de se evadir de situações e coisas (p. ex. objetos) que possam servir de gatilho para os sintomas<sup>43</sup>.

O TOC atualmente é classificado como Transtorno de Ansiedade (DSM-IV), mas sua reclassificação como parte dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo é motivo de debate e vem ganhando proeminência<sup>43</sup>.

Hollander et al.<sup>43</sup> ressaltam que os estudos de comorbidades, familiares e neurológicas têm evidenciado as similaridades na sintomatologia, curso do transtorno, população de pacientes e neurocircuitaria do TOC e dos Transtornos do Espectro TOC, apontando também para uma revisão crítica das relações entre o TOC e os Transtornos de Ansiedade. Segundo esses autores, a razão principal para classificar o TOC como Transtorno de Ansiedade é ser a ansiedade o fator central no TOC. As obsessões associadas ao TOC contribuem para a crescente ansiedade e os comportamentos compulsivos são freqüentemente executados para tentar reduzir essa ansiedade. No entanto, a ansiedade como sintoma também é observada em outros transtornos psiquiátricos entre esses a depressão e a esquizofrenia<sup>43</sup>.

O TOC é um transtorno clinicamente heterogêneo (resultante de possíveis expressões fenotípicas diferentes) e, de um ponto de vista de suas dimensões, pode-se observar sobreposição de sintomas em diferentes transtornos do Espectro TOC.

Hollander et al.<sup>43</sup> propuseram a subdivisão dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo em três subgrupos:

- 1) Imagem corporal e transtornos somáticos, caracterizados por obsessões com o corpo que incluem hipocondríase, compulsão alimentar, anorexia nervosa, o TDC e transtorno de despersonalização;
- 2) Transtornos de controle de impulsos, tais como transtornos sexuais que envolvem obsessões, compulsões ou parafilias, jogo patológico, tricotilomania, comprar compulsivo, abuso de internet e escoriações patológicas (“skin picking”). De modo similar ao TOC, os pacientes experimentam uma sensação de tensão e emergência associadas a esses comportamentos, mas ao contrário do TOC, estes comportamentos trazem um curto período de prazer (não presente no TOC);
- 3) Transtornos neurobiológicos com comportamentos repetitivos tais como a Síndrome de Tourette, Coreia de Sideham e o autismo. Nesses transtornos, as compulsões são comportamentos motores repetitivos e usualmente sem obsessões.

Há muito tempo são reconhecidas as similaridades entre o TDC e o TOC. Quando Morselli identificou os pacientes com “body dysmorphic syndrome” (dysmorphophobia) há mais de um século, notou as preocupações obsessivas e os comportamentos compulsivos que caracterizam esses pacientes<sup>76</sup>. No entanto, parece haver consenso entre os autores de que o TDC, embora relacionado ao TOC, não seja apenas variante clínica deste, apresentando diferenças significativas<sup>14,15,20,76</sup>. Há sobreposição entre o TDC e o TOC quanto à idade de aparecimento, distribuição entre os sexos, curso crônico, história familiar de transtornos psiquiátricos e resposta ao tratamento.

Frare et al.<sup>76</sup> ressaltam que, do ponto de vista clínico, as principais similaridades entre o TDC e o TOC evidenciam-se pelas características das preocupações, que são obsessivas e persistentes; com pensamentos que

causam incômodos, produzem ansiedade e são difíceis de resistir e controlar. Mas no TDC estão mais presentes sentimentos de vergonha, humilhação, baixa auto-estima, rejeição e pensamentos de referência. Os comportamentos repetitivos lembram as compulsões do TOC.

As características de alguns sintomas são similares, tais como as preocupações com a simetria (na posição de objetos ou do próprio corpo), a procura da perfeição, necessidade de controlar o ambiente, de reassuramento freqüente, além dos comportamentos de checagem. No entanto, os focos das preocupações são diferentes entre os transtornos: no TDC, a aparência física; e no TOC, medo de contaminação ou outros medos. Também verificamos diferenças com relação aos comportamentos de checagem (p. ex.: fixação no espelho): no TDC apresentam padrão mais complexo (ligado à segurança) do que no modelo proposto para o TOC (ligado à redução da ansiedade). Esses comportamentos de checagem, de fato, parecem ser menos eficazes em reduzir a ansiedade no TDC do que no TOC.

Os mesmos autores<sup>76</sup> apontam para a principal diferença entre o TDC e o TOC: o nível de juízo crítico (“insight”) sobre os sintomas. As preocupações no TDC em geral são vivenciadas de modo mais natural ou egossintônico (portanto menos intrusivas) e os pacientes as aceitam com algum grau de convicção e cedem a elas sem tanta resistência.

Enquanto no TOC geralmente as preocupações são mais egodistônicas e, portanto, vivenciadas como mais intrusivas (irracional, exageradas), no TDC muitos pacientes estão convencidos de que a sua visão sobre o suposto defeito é acurada e não distorcida. Além disso, vários deles também apresentam idéias de autorreferência, acreditando que as outras pessoas estão frequentemente olhando para seu problema cosmético. Ao contrário

do observado no TOC, muitos pacientes estão completamente convencidos de que sua visão do suposto defeito é acurada e não distorcida e a maioria dos pacientes também tem idéias ou delírios de referência. Um estudo clínico mostrou que nos pacientes que apresentam TOC e TDC associado, o nível de juízo crítico (“insight”) foi significativamente mais prejudicado em relação às preocupações com as dismorfias corporais do que em relação aos sintomas do TOC<sup>43</sup>. Além da pior capacidade de crítica no TDC os pacientes também apresentam maior predisposição à ideação e tentativas de suicídio do que no TOC<sup>77</sup>. Entretanto, apesar dessas evidências, há poucas investigações sobre as similaridades e as diferenças entre o TDC e o TOC, bem como sobre as repercussões clínicas da associação entre esses transtornos.

O TDC tem alta comorbidade com os Transtornos do Espectro TOC, variando a frequência de associação ao TOC de 30<sup>71</sup> a 78%<sup>27</sup> ao longo da vida. O TDC também apresenta aspectos de superposição com outros Transtornos do Espectro TOC, tais como tricotilomania<sup>77</sup> e escoriações patológicas (“skin picking”)<sup>78</sup>.

### **Uso e Abuso de Substâncias**

Vários estudos relataram taxas elevadas de abuso de substâncias em pacientes com o TDC<sup>14,71</sup>. Grant e Phillips<sup>26</sup> relataram abuso em 48,9% (n = 86) e dependência em 35,8%, particularmente ao álcool (29%). Em 68% desses pacientes o TDC foi o principal elemento causal relacionado ao abuso de substâncias.



## **Transtornos Alimentares**

Os Transtornos Alimentares parecem relativamente comuns em indivíduos com o TDC. Alguns autores sugeriram que a distorção na imagem corporal pode ser o principal aspecto da patologia tanto no TDC como nos Transtornos Alimentares. Ruffolo et. al.<sup>41</sup> encontraram incidência de 32,5% de Transtornos Alimentares (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e outros Transtornos Alimentares não especificados) ao longo da vida nos pacientes com o TDC. Comparando os grupos com e sem Transtornos Alimentares, esses autores mostraram que os pacientes comorbidos eram preferencialmente mulheres e com insatisfação e distúrbios mais significativos da imagem corporal do que os pacientes apenas com o TDC.

## **Transtornos de Personalidade**

Parece haver uma alta prevalência de Transtornos de Personalidade entre pacientes com o TDC. Em um estudo das comorbidades do Eixo II, 57% dos pacientes com o TDC apresentaram critérios diagnósticos para pelo menos um Transtorno de Personalidade, mais frequentemente o tipo evitador<sup>31</sup>. Personalidades paranóide, obsessivo-compulsiva e dependente também podem ocorrer com o TDC<sup>31</sup>.

### **1.10 Tratamento**

#### **1.10.1 Tratamento Farmacológico**

O TDC tem melhor resposta com os inibidores seletivos da

recaptação da serotonina (ISRS), mas também responde aos antidepressivos tricíclicos. Um estudo retrospectivo de Hollander et al. apud Pavan et al.<sup>14</sup> mostrou melhor remissão dos sintomas do TDC quando se utilizava fluoxetina, fluvoxamina ou clomipramina. Estudo duplo-cego conduzido por Phillips<sup>10</sup>, comparando fluoxetina e placebo, confirmou sua eficácia no tratamento do TDC. Em outro estudo, esses autores sugerem que há necessidade de observação de protocolos para adequação de doses terapêuticas<sup>78</sup>, uma vez que em apenas 34,4% dos pacientes as doses foram consideradas minimamente adequadas para o TDC. Phillips<sup>79</sup> mostrou boa eficácia terapêutica com o citalopram, mas a suspensão da medicação levou à recaída dos sintomas em 83,3% dos pacientes, em média, em 38 semanas. Esses estudos mostraram que a presença de características delirantes não parece ser fator preditivo de má resposta ao tratamento com os ISRS. Os pacientes respondem ao tratamento com redução das preocupações, diminuição do incômodo, e diminuição dos comportamentos rituais, além de significativa melhora no funcionamento social e ocupacional. O defeito geralmente é notado (é raro que não seja mais percebido), mas usualmente causa menos incômodo<sup>14</sup>.

### **1.10.2 Tratamento Psicoterapêutico**

A eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o TDC vem sendo comprovada com estudos randomizados e ensaios clínicos controlados<sup>31</sup>. Envolve a identificação e modificação das cognições e comportamentos “problema” relacionados à aparência. As estratégias utilizadas na TCC incluem o auto-monitoramento dos pensamentos e comportamentos relacionados à aparência (p. ex.: controle do tempo gasto na checagem no espelho); técnicas cognitivas (p. ex.: desafiando os pensamentos sobre sua aparência);

e exercícios comportamentais (p. ex.: exposição do paciente a situações de medo e prevenindo o engajamento em comportamentos compulsivos)<sup>70,80</sup>.

Ainda não há estudos com avaliação rigorosa da combinação de tratamentos psicológicos e farmacológicos para o TDC.

### **1.11 Justificativa deste estudo**

Segundo Phillips e Dufresne<sup>18</sup>, nos últimos anos, o TDC deixou de ser um transtorno psiquiátrico negligenciado e está sendo mais bem reconhecido e compreendido. Trata-se de um transtorno grave, relativamente comum que, freqüentemente, se apresenta aos profissionais de saúde mental e também a médicos não psiquiatras. Muitos pacientes sentem vergonha dos seus sintomas e não os relatam, mesmo que desejem que seu médico saiba de suas queixas com a aparência<sup>13</sup>. Em média, o paciente procura tratamento específico após onze anos do aparecimento dos primeiros sintomas<sup>13</sup>.

Provavelmente o TDC esteja sendo subestimado, pois poucos psiquiatras ou especialistas que fazem um primeiro contato com os pacientes com o TDC reconhecem essa condição<sup>14</sup>. Em contraste, observa-se que os pacientes com o TDC consultam dermatologistas, cirurgiões plásticos e outros profissionais com o objetivo de modificar sua aparência<sup>13</sup>, mostrando-se insatisfeitos com os resultados e solicitando novas intervenções para a mesma queixa ou para uma área do corpo diferente, para a qual transferiram o foco das atenções. É da maior importância que esses profissionais conheçam os sintomas do TDC e investiguem especificamente esses sintomas. Os tratamentos cosméticos parecem ineficazes no TDC e podem oferecer riscos

aos médicos que os executam, uma vez que os pacientes podem tornar-se agressivos e violentos com seus médicos. Além do mais, esses pacientes têm maiores taxas de ideação suicida e tentativas de suicídio, incluindo efetivas.

No Brasil, ainda não há estudos sobre a prevalência do TDC em população dermatológica. Segundo Fontenelle et al.<sup>54</sup>, apesar da importância em relação à aparência física observada na moderna sociedade brasileira, não existem investigações sistemáticas sobre o TDC no Brasil. Também parece não haver estudo publicado que tenha avaliado simultaneamente a prevalência, presença de comorbidades, gravidade dos sintomas e grau de juízo crítico do TDC em pacientes dermatológicos clínicos e cirúrgicos. Sendo assim este estudo se justifica na tentativa de preencher essas lacunas de conhecimento e investigar aspectos da fenomenologia das queixas com a imagem corporal nos pacientes com o TDC.

## 2. OBJETIVOS E HIPÓTESES

---

## 2.1 Objetivo Geral

Investigar a prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) em pacientes dermatológicos (clínicos e cirúrgicos).

## 2.2 Objetivos específicos e Hipóteses

Nos pacientes com critérios para o diagnóstico do TDC avaliar a crítica em relação a seus sintomas; à gravidade dos sintomas; se essa população já foi diagnosticada previamente e os tratamentos dermatológicos aos quais já se submeteram.

### **Hipóteses:**

- 1) É maior a prevalência do TDC nos pacientes dermatológicos do que no grupo controle;
- 2) É maior a prevalência do TDC entre os pacientes dermatológicos que procuram tratamento cosmético (grupo cirúrgico) do que nos que procuram a dermatologia em geral (grupo clínico);
- 3) O nível de crença (juízo crítico) com relação a sua queixa somática é prejudicado nos pacientes dermatológicos com o TDC;
- 4) A maioria dos pacientes dermatológicos com o diagnóstico do TDC não foi diagnosticada ou tratada previamente por profissional de saúde mental;
- 5) A frequência do TOC nos pacientes com o TDC é compatível com a relatada na literatura.

### 3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

---

### **3.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo observacional, analítico, de corte transversal para identificar casos do TDC em uma população clínica específica e compará-los com uma amostra de controles.

Assim, temos três grupos de pacientes:

- Grupo de pacientes que procuram o serviço de Dermatologia em geral (grupo Geral ou clínico);
- Grupo de pacientes que procuram o serviço de Cosmiatria e Cirurgia Cosmética em Dermatologia (grupo Cosmiatria ou cirúrgico);
- Grupo de pacientes da Ortopedia que representam amostra de controles da população geral (grupo Controles).

### **3.2 População**

A população alvo constituiu-se de pacientes que freqüentavam o serviço de Dermatologia.

### **3.3 Local de realização do estudo**

Ambulatórios de Dermatologia e Ortopedia da Faculdade de Medicina de São Paulo da Universidade de São Paulo.



## **3.4 Amostra e amostragem**

### **3.4.1 Cálculo do tamanho da amostra**

O tamanho da amostra de 300 pacientes foi calculado fixando-se uma amplitude de 7% para o intervalo de confiança da frequência do TDC. Esse intervalo de confiança foi estabelecido previamente em estudo de Phillips et al.<sup>12</sup> que mostrou prevalência de 10% do TDC em população de cirurgia cosmética em serviço universitário. Foram considerados um nível de confiança de 95% (alfa 0,05) e uma prevalência de 10%.

### **3.4.2 Critérios de inclusão**

Estar em acompanhamento dermatológico nos ambulatórios de Cosmiatria Dermatológica ou de Dermatologia Geral.

Todos os indivíduos dessa amostra totalizaram 350 pessoas, sendo que foram avaliados 300 pacientes do serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) selecionados de modo aleatório em dois grupos.

O primeiro grupo, de 150 pacientes, foi recrutado em ambulatório de pacientes que buscam o serviço de Dermatologia em geral. Selecionamos dentre os ambulatórios da clínica de Dermatologia, o de atendimento a funcionários do complexo FMUSP, por acreditarmos ser o mais representativo da população que frequenta consultórios dermatológicos em geral com queixas clínicas, cirúrgicas e cosméticas (Grupo Geral).

O segundo grupo, também com 150 pacientes, foi recrutado nos ambulatórios de Cosmiatria e Cirurgia Cosmética da Dermatologia, essa população procura o serviço de Dermatologia exclusivamente para a realização de tratamentos cosméticos (Grupo Cosmiatria).

Buscando uma estimativa da população geral, como amostra de controles (Grupo Controles) entrevistamos 50 pacientes da clínica de Ortopedia da FM-USP (Ambulatório de Trauma). A escolha dessa clínica envolveu a possível menor probabilidade de queixas cosméticas.

### **3.4.3 Critérios de Exclusão**

Excluimos do estudo os indivíduos que apresentassem:

- retardo mental;
- outros déficits cognitivos (dificuldade evidente de responder aos instrumentos de pesquisa detectada durante entrevista clínica);
- história de traumatismo craniano;
- doenças sistêmicas e/ou neurológicas que causam sintomas psiquiátricos;
- menores de treze anos de idade.

Os motivos que levaram à exclusão foram definidos a partir da capacidade que o entrevistado tinha de entender qual era o objeto da pesquisa.

## **3.5 Entrevistas**

Inicialmente, foi solicitado aos pacientes que respondessem a um questionário com dados demográficos, histórico escolar e profissional.

### 3.5.1 Considerações sobre o diagnóstico psiquiátrico e instrumentos para avaliação

No diagnóstico psiquiátrico o julgamento clínico é indispensável, mas utilizam-se ferramentas (chamados instrumentos diagnósticos) que auxiliam na determinação do mesmo e garantem estar de acordo com protocolos e critérios definidos e aceitos pela comunidade científica para fins de diagnóstico e pesquisa.

Esses instrumentos geralmente consistem de questionário que o próprio paciente responde (auto-aplicável) ou o que o clínico pergunta ao paciente (entrevista estruturada ou semi-estruturada), e nos quais se determina que certas questões sejam formuladas para caracterizar se um transtorno psiquiátrico está presente ou não. São úteis em um ambiente clínico, porque podem verificar se o diagnóstico está correto, e ao pesquisador, uma vez que este pode assegurar que diferentes pesquisadores fizeram as mesmas questões, da mesma forma para concluir pelo diagnóstico. O instrumento mais utilizado para diagnóstico de uma ampla gama de transtornos psiquiátricos é a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID), que foi desenvolvida de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da American Psychiatric Association). A SCID é realizada por um médico ou outro profissional da área de saúde mental treinado e consiste em um resumo introdutório seguido por nove módulos, dos quais sete representam as classes diagnósticas majoritárias do Eixo I\*.

---

\*Transtornos do Humor e episódios de alteração de humor; Transtornos Psicóticos e sintomas associados; Diagnósticos diferenciais de Transtornos Psicóticos; Transtornos decorrentes do Uso e Abuso de Álcool e outras substâncias; Transtornos de Ansiedade; Transtornos Somatoformes; Transtornos Alimentares e Transtornos de Ajustamento.

Trata-se de um registro dos transtornos mentais do paciente no presente momento ou ao longo da vida, utilizando-se questões específicas para determinar se um critério diagnóstico (do DSM-IV) para um transtorno particular é encontrado.

Sendo esse o instrumento diagnóstico padrão em Psiquiatria, Phillips<sup>13</sup> desenvolveu o Módulo diagnóstico para o TDC baseado no SCID (“SCID-like”), que segue o formato dessa entrevista estruturada: têm os critérios do DSM para o transtorno no lado direito da página e, no lado esquerdo, em oposição a cada critério diagnóstico, as perguntas que o clínico deve fazer para verificar a presença ou ausência de cada critério. Se o indivíduo responder “sim” às questões localizadas à esquerda, o que indica que tem os critérios para diagnóstico localizados em oposição, à direita, passa-se à próxima questão. Quanto mais respostas “sim”, progride-se para as questões subseqüentes, sendo que as questões devem ser formuladas da maneira como estão escritas. Baseado em seu julgamento clínico, o entrevistador pode fazer outras questões ou citar exemplos que esclareçam melhor se o critério está presente. Se um dos critérios para diagnóstico do transtorno não for encontrado, as questões subseqüentes não são feitas. O diagnóstico é dado se todos os critérios diagnósticos do DSM-IV para aquele transtorno forem encontrados, ou seja, todas as perguntas com resposta “sim” (Anexo B. 1).

O “Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ)” foi desenvolvido por Katharine Phillips (1999) e é auto-aplicável, portanto, respondido pelo paciente e suas questões se referem resumidamente aos critérios diagnósticos do TDC para o DSM-IV (Anexo B. 2).

A primeira questão estabelece se o paciente tem queixas em relação a algum(ns) aspecto(s) de sua aparência que considere especialmente

inestético(s) ou sem atrativos. Se o paciente relata haver queixas, pergunta-se se há preocupação com essas queixas (p. ex.: se pensam muito ou se é difícil parar de pensar sobre elas); com quais áreas do corpo está preocupado e qual o impacto que essas queixas sobre a aparência têm sobre a sua vida. Questiona-se ainda se o “defeito” causa estresse ou incômodo; se causa prejuízo na vida social, ocupacional ou outras áreas importantes do seu funcionamento e durante quanto tempo do seu dia está envolvido com questões relacionadas ao seu “defeito”. O relato de mais que uma hora por dia sugere que o diagnóstico do TDC é considerado como provável.

É importante ainda definir se a preocupação mais importante está relacionada ao peso, o que sugere a possibilidade das queixas estarem relacionadas a um transtorno alimentar (que corresponderia ao critério C do DSM-IV: “A preocupação com a aparência não é mais bem explicada por outra doença mental [p. ex.:a insatisfação com o tamanho ou o formato do corpo na anorexia nervosa]” abrindo outra possibilidade diagnóstica).

Um estudo prévio<sup>7</sup> mostrou que esse instrumento apresenta na clínica dermatológica sensibilidade (100%), especificidade (92,3%), valores preditivos positivos (70%) e valores preditivos negativos (100%).

O BDDQ é um instrumento de triagem, e não de diagnóstico, significando que pode sugerir que o TDC está presente, mas não estabelecer um diagnóstico definitivo. Uma vantagem do BDDQ (auto-aplicável) sobre o Módulo Diagnóstico para o TDC (“SCID-like”) (entrevista clínica) é que se pode fazer o diagnóstico presuntivo do TDC quando não houver disponibilidade de um clínico para utilizar o Módulo Diagnóstico para o TDC (“SCID-like”). Por ser um instrumento resumido pode avaliar um grande número de indivíduos facilmente. Além do mais, algumas pessoas podem se sentir menos inibidas

quando preenchem um questionário e com mais disposição para revelar suas queixas.

No entanto, o diagnóstico é determinado por um clínico treinado em entrevista face a face pelas razões que se seguem:

- o julgamento clínico é necessário para confirmar algumas questões do questionário auto-aplicável e confirmar a presença do TDC (p. ex.: se o prejuízo no funcionamento cotidiano reportado no BDDQ é suficiente para um diagnóstico psiquiátrico);
- para o diagnóstico do TDC é importante saber se o defeito físico é realmente mínimo ou não existente;
- é preciso certificar-se que a queixa em relação à aparência não se trata de um transtorno alimentar (uma resposta positiva na segunda questão do BDDQ sugere melhor diagnóstico para transtorno alimentar).

Outro questionário desenvolvido por Rosen<sup>116</sup> (BDDE), é uma longa entrevista diagnóstica aplicada por um clínico com bons parâmetros psicométricos de medição da gravidade do TDC. Porém, essa escala é muito longa para ser usada como uma medida de triagem<sup>32</sup>, razão pela qual optamos pelas escalas descritas acima.

### **3.5.2 Rastreamento e diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal**

Inicialmente a idéia deste estudo foi que o paciente respondesse ao questionário (BDDQ) de maneira auto-aplicável. Mas, durante a pesquisa, houve questões logísticas, tais como: a indisponibilidade de salas para responder

ao questionário; o tempo exíguo para realização dos questionários e entrevistas e o fato do paciente estar em atendimento no ambulatório, podendo ser chamado a qualquer momento. Tais questões fizeram com que optássemos pela forma de entrevista semi-estruturada, utilizando o questionário para rastreamento e triagem diagnóstica (BDDQ) descrito anteriormente e marcando as respostas após formulação das perguntas.

No entanto, é importante ressaltar que ambos os questionários (BDDQ e Módulo diagnóstico [SCID like]) contêm questões similares e são baseados no preenchimento de critérios para o TDC do DSM-IV. Diferenciam-se em última análise apenas pelo modo de aplicação (auto-aplicável ou entrevista semi-estruturada).

Incluímos nessa fase inicial um questionário complementar para rastreamento de alguns sintomas: os sintomas obsessivo-compulsivos em geral, a presença de tiques e rituais mentais e o hábito de manipular compulsivamente a pele (chamado na Dermatologia de “dermatotilexomania” ou “escoriações neuróticas”) ou mexer nos cabelos com o intuito de arrancá-los ou não (na Dermatologia, tricotilomania) (Anexo B. 3).

Essas questões tinham o objetivo de avaliar outros sintomas que podem estar associados ao TDC. Dessa forma, os pacientes (dermatológicos e controles) foram entrevistados pela autora e auxiliares de pesquisa selecionando-se um grupo de pacientes com diagnóstico presuntivo do TDC. Foi considerado diagnóstico presuntivo quando o paciente respondia “sim” à maioria das questões do BDDQ, “não” à questão número 2 (que considera o peso como a maior preocupação), e relatava se ocupar com as preocupações relacionadas ao “defeito” mais do que uma hora por dia. Os indivíduos que apresentaram esses critérios passaram, então, à segunda parte deste estudo.

### 3.5.3 Avaliação psiquiátrica

Após a realização da fase inicial de triagem da amostra os indivíduos com diagnóstico presumível do TDC foram convocados para outra entrevista, que teve como objetivo confirmar o diagnóstico do TDC e diagnosticar transtornos psiquiátricos em geral, identificando comorbidades.

Consideramos como diagnóstico primário o transtorno que o paciente relatava como sendo, durante a sua vida, o seu maior problema. Os pacientes também respondiam a um questionário sobre sua história médica pregressa e seus antecedentes psicossociais.

#### Instrumentos

**1) Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID)**, versão 2.0 para pacientes (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-patient edition* – SCID-I/P, First et al., 1995), traduzida para o português por TAVARES, versão em adaptação.

A SCID não foi aplicada na íntegra em razão do tempo que seria despendido (em torno de três horas) para sua execução. Optamos, então, por garantir que todos os pacientes fossem avaliados em, no máximo, duas sessões, pois a maioria era de baixa renda e com dificuldade conseguiam dispor de um dia para se submeterem às entrevistas.

Utilizamos o módulo de triagem (Anexo B. 4) e focamos a entrevista nos módulos mais significativos em termos de comorbidades para o TDC.

Pesquisamos as seções que se seguem:

A) Transtornos de Humor: transtorno depressivo maior, episódios maníacos



e hipomaníacos, transtorno bipolar tipo I, II, SOE (sem outra especificação), distímia, ciclotímia;

B) Sintomas Psicóticos: delírios e alucinações, esquizofrenia;

F) Transtornos de Ansiedade: transtorno do pânico com e sem agorafobia, e agorafobia sem transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, fobia específica e fobia social;

G) Transtornos Somatoformes: os de somatização, doloroso, somatoforme indiferenciado e hipocondria;

H) Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia nervosas, transtorno de compulsão alimentar periódica.

Não aplicamos as seguintes seções da SCID: a que pesquisa o uso e abuso de substâncias psicoativas (E) e as seções que se referem aos diagnósticos diferenciais dos transtornos de humor e psicóticos (C e D). Os transtornos de ajustamento também não foram pesquisados. Optamos por refazer o módulo diagnóstico para o TDC, e buscamos observar a comorbidade do TDC com o TOC e os aspectos de intersecção entre esses transtornos. Consideramos ainda ser possível que na clínica dermatológica a prevalência do TOC seja maior que a encontrada na população geral.

## **2) Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV, versão clínica, adaptada para Transtornos de Controle de Impulsos.**

Desenvolvida pela Dra. Susan McElroy, do Programa de Psiquiatria Biológica da Universidade de Cincinnati (Ohio, Estados Unidos), e traduzida pelo PROTOC/IPq/FMUSP/USP, segue o modelo da SCID e as questões são relativas aos sintomas dos Transtornos do Controle de Impulsos: transtorno

explosivo intermitente, cleptomania, piromania, jogo patológico, comprar compulsivo, “skin picking” e tricotilomania, em que os últimos três transtornos possivelmente apresentam maior comorbidade com o TDC.

### **3.5.4 Avaliação do transtorno dismórfico corporal**

Nesta fase do estudo, para os pacientes com o diagnóstico do TDC, procedemos à avaliação da gravidade do TDC e do nível de crença (juízo crítico).

Foram aplicadas as escalas descritas a seguir:

#### **A) Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown (Y-BOCS)** (Y-BOCS: Goodman et al.,1989), **versão modificada para o TDC por Katharine Phillips et al.<sup>81</sup>.**

A Y-BOCS foi desenvolvida por Goodman et al. para medir a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, independentemente do seu conteúdo. É uma escala clínica com dez itens que avalia os sintomas do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): as obsessões e as compulsões. É aplicada como uma entrevista semi-estruturada pelo entrevistador e é composta por dez questões (cinco dizem respeito às obsessões e cinco, às compulsões), onde cada uma é avaliada de “0” (sem sintomas) a “4” (gravidade extrema das obsessões ou compulsões). Uma pontuação totalizada de 0 a 40 (com subtotais de 20 para obsessões e 20 para compulsões) indica a gravidade dos sintomas do TOC e mais duas questões avaliam o grau de crítica do paciente sobre seus sintomas e a presença de comportamento de esquiva. Dados sobre a confiabilidade e a validade dessa escala já foram estabelecidos e atualmente ela é amplamente empregada para avaliar a gravidade dos sintomas do

TOC. Foi traduzida para o português pelo Programa de Distúrbio Obsessivo-Compulsivo do Departamento de Psiquiatria e Psicologia da Escola Paulista de Medicina e pelo Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo<sup>82</sup>.

Foi aplicada a versão da escala Y-BOCS modificada para o Transtorno Dismórfico Corporal (BDD-Y-BOCS), desenvolvida e publicada por Katharine Phillips, do Butler Hospital da Brown University School of Medicine (EUA), e traduzida e revisada pela equipe do PROTOC/IPq/FMUSP/USP. A modificação nessa escala envolveu a especificação de perguntas direcionadas aos sintomas obsessivo-compulsivos relacionados à imagem corporal, e o entrevistador está livre para elaborar questões adicionais com o propósito de melhor esclarecimento. A pontuação corresponde a da Y-BOCS (0 - 40) sendo considerado mais grave o quadro de TDC, quanto mais alta for a pontuação. As duas últimas questões do Y-BOCS modificado para o TDC (grau de crítica e comportamentos de esquiva) foram excluídas, pois esses aspectos foram avaliados por outra escala descrita a seguir<sup>81,83</sup>.

### **B) Escala de Avaliação de Crenças de Brown (BABS)**

Desenvolvida por Katharine Phillips, Butler Hospital da Brown University School of Medicine (EUA), para medir a convicção e o juízo crítico que os pacientes têm das suas crenças<sup>84</sup>. A BABS consiste em uma entrevista que avalia sete características da capacidade de crítica sobre as crenças do paciente: convicção de suas idéias, percepção dos outros sobre as suas crenças, a explicação das diferenças de visão sobre as crenças, ideação fixa, tentativas de refutar as idéias, capacidade de crítica, idéias ou delírios de referência. Cada item é pontuado de 0 (completamente convencido que

as crenças são falsas) a 4 (completamente convencido que as crenças são verdadeiras). A pontuação total vai de 0 a 24 (o sétimo item é adicional e não incluído na pontuação final) e fornece uma estimativa sobre o grau de capacidade de crítica do paciente, sendo esse melhor quanto menor for a pontuação. Nesse estudo, as crenças centrais foram consideradas como sendo as obsessões com a imagem corporal.

### **3.5.5 Aspectos da associação do Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

Considerando a alta comorbidade entre esses transtornos, avaliamos diferentes dimensões das obsessões e compulsões que não seriam referidas espontaneamente pelos pacientes, uma vez que esses desconheciam que seus sintomas poderiam ser caracterizados como tal. Aplicamos a escala descrita abaixo.

#### **Escala Dimensional de Avaliação da Presença e da Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS).**

Elaborada por Maria Conceição Rosário Campos et al.<sup>82,85</sup>, seguindo trabalhos anteriores que utilizaram análises fatoriais para agrupar pacientes com determinados tipos de sintomas obsessivo-compulsivos, nas chamadas “dimensões”. Foram obtidas seis dimensões com os seguintes conteúdos:

- 1) Obsessões sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões relacionadas;
- 2) Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões relacionadas;

- 3) Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo;
- 4) Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza;
- 5) Obsessões e Compulsões de Coleccionismo;
- 6) Obsessões e Compulsões Diversas.

Cada dimensão investiga as obsessões e compulsões relacionadas. Avalia-se o tempo despendido, o grau de desconforto e a incapacitação que os sintomas causam em determinada dimensão, variando de “0” a “5”. Ainda para obter o escore total, avalia-se ainda o nível de prejuízo global do paciente causado pelos sintomas obsessivo-compulsivos (variando de “0” a “15”). Desta forma, o escore total da escala DY-BOCS é de 30 pontos. A escala é aplicada pelo entrevistador, mas a lista de sintomas é auto-aplicável, sendo apenas conferida pelo entrevistador. Os estudos de validação e confiabilidade dessa escala encontram-se publicados<sup>85</sup>. Embora seja aplicada para identificar as diferentes dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos nos pacientes que tem diagnóstico firmado do TOC, consideramos que sua aplicação nos pacientes com diagnóstico do TDC poderia trazer benefícios. Embora essa escala não seja diagnóstica, com sua aplicação avaliamos a ocorrência do TDC e do TOC como comorbidade, reafirmando os diagnósticos, e secundariamente, proporcionando informações aos pacientes sobre o TDC e o TOC. Após a aplicação dessa escala utilizamos os seguintes critérios para definir dois sub-grupos de pacientes com o objetivo de compararmos aspectos do TDC quando associado ao TOC:

- Paciente com TDC como único diagnóstico: se o paciente respondesse positivamente apenas aos sintomas obsessivo-compulsivos relacionados ao TDC e que estão presentes na dimensão seis (obsessões e compulsões diversas) dessa escala;
- Paciente com TDC e TOC como comorbidade: se o paciente

respondesse positivamente à dimensão seis e pelo menos mais uma dimensão completa das outras cinco dimensões do DY-BOCS, além do SCID positivo para o TOC.

### **3.5.6 Tratamentos Cosméticos Dermatológicos e Cirúrgicos**

Perguntou-se aos pacientes sobre as intervenções cosméticas às quais já haviam se submetido anteriormente, sua avaliação crítica a respeito dessas e realizou-se a documentação fotográfica do “defeito” ou dos resultados das intervenções.

Para fins de classificação dos tratamentos cosméticos realizados consideramos como tratamentos clínicos cosméticos os que envolveram a utilização de princípios ativos tópicos tais como isotretinoína; alfa-hidroxiácidos; princípios ativos que estimulam a produção e a redensificação do colágeno; antibióticos; clareadores e vitaminas; bem como o uso sistêmico de antibióticos ou de isotretinoína.

Os tratamentos cosméticos cirúrgicos, que são realizados ambulatorialmente e sem necessidade de anestesia local ou geral, tais como a aplicação de “peelings” químicos para rejuvenescimento ou clareamento de manchas; lasers não ablativos com objetivo de remoção de pêlos ou tratamento das conseqüências do fotoenvelhecimento; aplicação cosmética de toxina botulínica; e a utilização de preenchedores cutâneos (ácido hialurônico, ácido polilático).

Foram consideradas cirurgias plásticas cosméticas os procedimentos que envolviam maior porte cirúrgico tais como rinoplastias, ritidectomias, correção de orelha de abano, lipoaspiração, blefaroplastias ou abdominoplastias.

### **3.6 Aspectos éticos**

Este projeto foi submetido à avaliação da Comissão de Normas Éticas e Regulamentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e obteve sua aprovação. Todos os participantes ou seus responsáveis legais assinaram um termo de consentimento contendo as informações necessárias acerca do estudo, caracterizando a natureza voluntária da participação. Este estudo não ofereceu riscos aos envolvidos, sejam eles: psicológicos, econômicos ou legais.

### **3.7 Logística**

#### **3.7.1 Seleção de pacientes e recrutamento**

A autora teve auxílio para realização das entrevistas de duas assistentes de pesquisa, Maria Eugênia de Mathis e Sonia Borcatto, psicólogas ligadas ao grupo do Programa para estudos dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC) do Instituto de Psiquiatria da FMUSP. Realizávamos a abordagem dos pacientes nos ambulatórios nos dias de consulta e os convidávamos a participar. Os pacientes com consulta marcada eram abordados aleatoriamente na sala de espera para que se lhes fossem explicados os objetivos deste trabalho. Caso aceitassem participar do estudo, uma primeira entrevista era realizada para que respondessem ao questionário da primeira fase (diagnóstico presuntivo do TDC). Se essa primeira entrevista resultasse negativa, o paciente era, então, dispensado da segunda parte do

estudo. No caso de resultado positivo, realizávamos a segunda parte do estudo ou agendávamos para outro dia, conforme disponibilidade do paciente, no mesmo local (Ambulatório de Dermatologia). Já os pacientes do grupo controle, foram entrevistados no Ambulatório de Ortopedia da FMUSP. Os pacientes que tiveram diagnóstico do TOC, sem TDC, foram encaminhados ao PROTOC para tratamento ou inserção em outros estudos.

### **3.7.2 Pacientes excluídos**

Foram excluídos na fase de rastreamento e triagem um paciente do grupo Controle e um do Geral por apresentarem dificuldade evidente em responder aos instrumentos de pesquisa. Não houve pacientes menores de 13 anos, porque eles não são atendidos nesses ambulatórios. Houve um paciente do ambulatório de Cosmiatria que era menor de idade e sua mãe assinou o termo de consentimento para a realização da entrevista.

Tivemos dezenove pacientes que se recusaram a fazer a entrevista inicial, sendo nove do grupo da Cosmiatria, seis do Geral e quatro do Controle. Esses, segundo informações obtidas nos ambulatórios, não variavam em relação aos outros pacientes em idade, gênero ou diagnósticos clínicos.

## **3.8 Treinamento dos entrevistadores**

As entrevistas foram realizadas por entrevistadores especialmente treinados para esse fim. O treinamento consistiu em várias etapas:

- reuniões semanais no PROTOC;



- participação das reuniões e cursos no Instituto de Psiquiatria da FMUSP, em seminários de psicopatologia e psiquiatria e reuniões clínicas;
- assistir a vídeos com entrevistas de pacientes utilizando os instrumentos de pesquisa;
- encontros realizados pelo C-TOC que é o consórcio que congrega os mais atuantes serviços no Brasil dedicados ao estudo dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo com encontros semestrais para normatização de critérios diagnósticos e de tratamento;
- aplicação dos instrumentos sob supervisão de psiquiatra e, posteriormente, entrevistas sem esta supervisão.

### **3.9 Estimativa do Diagnóstico (*best estimate diagnosis*)**

Após o rastreamento, os pacientes que apresentaram diagnóstico presuntivo do TDC foram submetidos às entrevistas subseqüentes e realizaram estudo fotográfico para avaliação do “defeito”. Elaboramos vinhetas clínicas que foram enviadas para avaliação de dois psiquiatras independentes, que examinaram os dados de modo cego. A estimativa do melhor diagnóstico (“**best estimate diagnosis**”) teve como objetivo ratificar o diagnóstico do TDC nos pacientes e concluir se havia associação com o TOC. Quando houve discordância entre dois examinadores, um terceiro foi consultado para desempate. A metodologia do “*Best Estimate Diagnosis*” foi descrita por Leckman et al.<sup>86</sup>.

A pesquisadora dermatologista avaliou os pacientes e a documentação fotográfica no sentido de ratificar a presença ou gravidade do “defeito”, contribuindo para a conclusão do diagnóstico do TDC. Foi utilizada uma “escala de gravidade do defeito” com pontuação de 1 a 5 (1 = nenhum defeito presente; 2 = defeito mínimo ou leve presente; 3 = defeito presente e claramente visível à distância de conversação, 4 = defeito moderado presente e 5 = defeito grave presente). O TDC foi diagnosticado somente se os indivíduos apresentassem “defeitos” classificados como gravidade 1 ou 2.

Foram selecionados 36 pacientes que tiveram diagnóstico presuntivo do TDC para a segunda fase de entrevistas. No entanto, após a realização da estimativa do melhor diagnóstico (“**best estimate diagnosis**”), foram excluídos quatro pacientes da amostra de pacientes positivos no rastreamento (n = 4). Dentre os quais, em três não houve consenso quanto ao diagnóstico do TDC. Desses, um paciente era do grupo de Cosmiatria e dois do Geral e foram excluídos principalmente porque suas queixas não poderiam ser consideradas como defeitos inexistentes ou mínimos, justificando suas preocupações. O último paciente excluído (do grupo Geral) teve diagnóstico primário de TOC. Sendo, assim da amostra total, obtivemos 32 pacientes com o diagnóstico do TDC.

Exemplos de vinhetas clínicas encontram-se no Anexo C.

### **3.10 Avaliação da classe econômica**

Utilizamos os critérios da Associação Brasileira do Instituto de Pesquisa de Mercado – ABIPEME (XXXI Estudos Marplan, 1989). De acordo com esses critérios, há cinco classes, A, B, C, D e E, que se referem aos índices obtidos

a partir do grau de instrução do chefe da família, pela presença de empregada doméstica na casa e pela quantidade de itens domésticos tais como televisão, carro, máquina de lavar roupa, rádio, banheiro e aspirador de pó.

### **3.11 Análise estatística dos dados**

A análise estatística foi realizada inicialmente pelo cálculo das frequências e distribuições de cada variável em cada grupo para posterior comparação.

Para comparação das variáveis contínuas, foram utilizados os testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Foi adotado um nível de significância de 0,05, ou seja, foi considerada diferença estatística quando  $p\text{-valor} < 0,05$  e considerada “tendência” quando:  $0,1 < p\text{ valor} < 0,05$ . Para comparação das variáveis categóricas nos ambulatórios e nos grupos com e sem diagnóstico do TDC, utilizou-se o teste de qui-quadrado. A correção de continuidade de Yates foi utilizada quando a frequência foi menor que cinco em alguma das caselas.

Foram realizadas regressões lineares para verificar que fatores estão associados com a gravidade do TDC (BDD Y-BOCS) e o grau de juízo crítico (BABS). As variáveis explicativas consideradas no modelo inicial foram: grupo ao qual pertencia o paciente, idade, estado civil, IMC, número de filhos, religião, classe econômica, etnia, número de queixas dermatológicas, presença do TOC associado ao TDC, número e comorbidades (transtorno de humor, ansiedade,

somatoforme, alimentar, impulso e sintomas psicóticos).

Para identificar os fatores sócio-demográficos que estão associados à prevalência do TDC foi realizada uma regressão logística, considerando a amostra de 350 pacientes. Também foi realizada uma regressão logística para verificar quais os fatores que poderiam estar associados à presença do TOC entre os pacientes com o TDC. Para esse modelo foram consideradas as seguintes variáveis explicativas: grupo ao qual pertencia o paciente, idade, estado civil, IMC, número de filhos, religião, classe econômica, etnia, número de queixas dermatológicas, número e comorbidades (transtorno de humor, ansiedade, somatoforme, alimentar, impulso e sintomas psicóticos).

Em todas as regressões, lineares ou logísticas, as variáveis foram selecionadas pelo método “stepwise”.

Foram utilizados os softwares estatísticos Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 14.0, Chicago, EUA; e software R (A language and environment for statistical computing, versão 2.7.2, Vienna, Áustria).

## 4. RESULTADOS

---

*“Diagnósticos são figuras da nossa imaginação, apenas tentativas de entender e abarcar alguns grupos de problemas apresentados por alguns seres humanos (e envolve conflitos de interesses)”*

J.S. van der Kolk

## **4. 1 Características sócio-demográficas: perfil da amostra**

### **Análise univariada das variáveis demográficas entre os três grupos**

Esta primeira parte do trabalho mostra as comparações entre os três grupos para as variáveis demográficas categoriais: sexo, estado civil, religião, etnia, grau de escolaridade, ocupação atual, se o paciente havia sido adotado ou se tinha irmão gêmeo e comparação da classificação sócio-econômica segundo a ABIPEME; e as variáveis contínuas: idade, índice de massa corpórea (IMC) e número de filhos.

#### **4.1.a Variáveis categoriais**

Na amostra de 350 pacientes houve um predomínio de pacientes do sexo feminino (79,7%). Notou-se que a distribuição dos sexos foi diferente nos três grupos, havendo maior número de pacientes do sexo feminino no grupo de Cosmiatria (90,7%) e menor número no grupo de Controles (58%). Essa diferença foi estatisticamente significativa ( $p$  valor  $< 0,001$ ).

Houve na amostra um predomínio de pacientes com cônjuge (59,4%). Consideramos “com cônjuge” os indivíduos que se consideravam casados na época das entrevistas e “sem cônjuge” os indivíduos solteiros, separados e viúvos.

Com relação à religião, etnia e escolaridade, observamos uma maior proporção de pacientes da religião católica (54,9%), de etnia branca (58,9%) e no que se refere à escolaridade, houve um predomínio de pacien-

tes que cursaram até o ensino médio (46,9%). Notou-se que o grupo Geral apresentou maior número de pacientes empregados (73,3%), enquanto nos grupos de Cosmiatria e Controle foi maior a proporção de desempregados, aposentados/afastados e do lar. Não houve diferenças significativas entre os grupos de Cosmiatria e Controle quando comparados. Quanto à variável classe econômica, houve predomínio de pacientes pertencentes às classes B (41,4%) e C (46,3%) da ABIPEME. Na amostra de 350 pacientes, oito tinham irmão(s) gêmeo(s) (2,3%), e três haviam sido adotados (0,9%).

Em resumo, como se pode observar na Tabela 3, houve diferenças entre os grupos nas variáveis sexo e ocupação atual. Nas demais variáveis demográficas categoriais (estado civil, religião, etnia, escolaridade, classe econômica, se o paciente tinha irmão(s) gêmeo(s) e se havia sido adotado), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando comparados os três grupos.

**TABELA 3 - Comparação das variáveis demográficas categoriais entre os grupos**

	Cosmiatria		Geral		Controle		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>									0,000
Feminino	136	90,7%	114	76,0%	29	58,0%	279	79,7%	
Masculino	14	9,3%	36	24,0%	21	42,0%	71	20,3%	
<b>Estado Civil</b>									0,777
Sem Cônjuge	58	38,7%	62	41,3%	22	44,0%	142	40,6%	
Com Cônjuge	92	61,3%	88	58,7%	28	56,0%	208	59,4%	
<b>Religião</b>									0,926
Católico	85	56,7%	76	50,7%	31	62,0%	192	54,9%	
Espírita	15	10,0%	12	8,0%	3	6,0%	30	8,6%	
Protestante	0	0,0%	2	1,3%	2	4,0%	4	1,1%	
Ateu	1	0,7%	4	2,7%	0	0,0%	5	1,4%	
Evangélico	31	20,7%	35	23,3%	9	18,0%	75	21,4%	
Sem Religião	15	10,0%	15	10,0%	3	6,0%	33	9,4%	
Outra	3	2,0%	6	4,0%	2	4,0%	11	3,1%	
<b>Etnia</b>									0,858
Branca	93	62,0%	80	53,3%	33	66,0%	206	58,9%	
Negra	22	14,7%	26	17,3%	5	10,0%	53	15,1%	
Amarela	0	0,0%	2	1,3%	1	2,0%	3	0,9%	
Parda/Mulata	35	23,3%	41	27,3%	11	22,0%	87	24,9%	
Outros	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%	1	0,3%	
<b>Gêmeo</b>									0,385
Não	148	98,7%	147	98,0%	47	94,0%	342	97,7%	
Sim	2	1,3%	3	2,0%	3	6,0%	8	2,3%	
<b>Adotado</b>									0,959
Não	149	99,3%	148	98,7%	50	100,0%	347	99,1%	
Sim	1	0,7%	2	1,3%	0	0,0%	3	0,9%	
<b>Escolaridade</b>									0,176
Fundamental	30	20,0%	38	25,3%	19	38,0%	87	24,9%	
Médio	67	44,7%	75	50,0%	22	44,0%	164	46,9%	
Superior	46	30,7%	32	21,3%	9	18,0%	87	24,9%	
Pós Graduação	7	4,7%	5	3,3%	0	0,0%	12	3,4%	
<b>Ocupação Atual</b>									0,021
Nunca Trabalhou	5	3,3%	1	0,7%	0	0,0%	6	1,7%	
Empregado	78	52,0%	110	73,3%	24	48,0%	212	60,6%	
Desempregado	11	7,3%	9	6,0%	8	16,0%	28	8,0%	
Aposentado/Afastado	32	21,3%	11	7,3%	10	20,0%	53	15,1%	
Do Lar	16	10,7%	9	6,0%	6	12,0%	31	8,9%	
Estudante	7	4,7%	7	4,7%	2	4,0%	16	4,6%	
Outros	1	0,7%	3	2,0%	0	0,0%	4	1,1%	
<b>ABIPEME</b>									0,626
A	2	1,3%	3	2,0%	0	0,0%	5	1,4%	
B	70	46,7%	59	39,3%	16	32,0%	145	41,4%	
C	60	40,0%	72	48,0%	30	60,0%	162	46,3%	
D	18	12,0%	14	9,3%	4	8,0%	36	10,3%	
E	0	0,0%	2	1,3%	0	0,0%	2	0,6%	

n: frequência observada, p-valor: nível descritivo do teste qui-quadrado



### 4.1.b Variáveis contínuas

Quanto à variável idade, houve diferenças entre os três grupos ( $p < 0,01$ ) sendo de maior média de idade os pacientes do grupo da Cosmiatria (média de 45,6 anos) seguidos do grupo Geral (média de 40,1 anos) e finalmente os controles (média de 37,7 anos). Além das variáveis peso e altura, consideramos o Índice de Massa Corpórea (IMC), que é a razão entre o peso e a altura ao quadrado. A média do IMC foi 25,16 e não houve diferenças significativas entre os três grupos. Também não encontramos diferenças quanto ao número de filhos (Tabela 4).

**TABELA 4** - Comparação das variáveis demográficas contínuas entre os grupos

	Cosmiatria		Geral		Controle		Total		p-valor
	média	e.p.	média	e.p.	média	e.p.	média	e.p.	
<b>Idade</b>	45,59	1,23	40,19	1,09	37,76	2,09	42,16	0,78	0,001
<b>Peso</b>	64,47	0,92	68,48	1,29	68,62	1,64	66,78	0,72	0,032
<b>Altura</b>	1,62	0,01	1,63	0,01	1,65	0,01	1,63	0,00	0,021
<b>IMC</b>	24,65	0,32	25,58	0,42	25,40	0,69	25,16	0,25	0,490
<b>Nº de Filhos</b>	1,27	0,11	1,51	0,12	1,62	0,23	1,43	0,08	0,270

e.p.: erro padrão, p-valor: nível descritivo do teste Kruskal-Wallis

## 4.2 Rastreamento do transtorno dismórfico corporal

### 4.2.a Descrição das respostas às perguntas de triagem

Quanto às respostas do questionário de rastreamento notou-se uma maior proporção de respostas positivas à primeira questão no grupo da Cosmiatria (66,7%), seguido do Geral (39,3%) e dos Controles (18%).

As questões que pesquisaram o incômodo causado pelas preocupações

também apresentaram alta prevalência de respostas positivas com proporções similares nos três grupos (Tabela D1 – Anexo D). Quanto ao tempo diário despendido com as preocupações, no ambulatório de Cosmiatria, 17,6% (n = 26,4) dos pacientes relataram preocupar-se mais do que uma hora por dia com o “defeito”, 11,4% (n = 17,1) no Geral e 2% (n = 1) nos controles.

O questionário complementar mostrou respostas positivas quanto ao hábito de manipular a pele (sem especificar as razões ou características deste comportamento) em 28,3% dos pacientes e em 10,6% quanto ao hábito de manipular os cabelos com intuito de removê-los ou não.

Na amostra inicial (n=350), 20 pacientes relataram sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) e não foram selecionados para as entrevistas seguintes. Ressaltamos que a proporção de pacientes que referiu ter diagnóstico do TOC foi de 1,1% (Tabela D1 – Anexo D).

### **4.3 Histórico Médico**

Todos os indivíduos que tiveram diagnóstico presuntivo do TDC (n = 36) responderam ao questionário sobre seu histórico médico progressivo.

Nas questões relativas a fatores epigenéticos, muitas respostas foram imprecisas porque os pacientes não se lembravam dos fatos. Encontramos os seguintes dados positivos: baixo peso ao nascer (n = 4; 12,5%), excesso de ingestão de cafeína durante a gestação (n = 15, 46,8%), mãe fumante durante a gestação (n = 4, 12,5%), mãe etilista durante a gestação (n = 2, 6,25%), anemia ao nascer (n = 3, 9,3%), parto prolongado (n = 2, 6,25%), prematuridade (n = 2, 6,25%).

Com relação às condições clínicas questionadas aos pacientes, as mais

comuns foram: infecções freqüentes de garganta (n = 10; 31,2%), enxaqueca (n = 8; 25%) asma (n = 4; 12,5%), hipo ou hipertireoidismo (n = 4; 12,5%), hipertensão arterial sistêmica (n = 3; 9,4%). Dentre outras enfermidades clínicas importantes encontramos: hipercolesterolemia, poliomielite, hepatite B, lúpus eritematoso sistêmico, embolia pulmonar, paralisia facial, condiloma acuminado gigante, enurese noturna, comunicação intra-ventricular, fibromialgia e diabetes.

#### **4.4 Antecedentes Psicossociais**

Entre os pacientes que tiveram diagnóstico do TDC, 56,2% relataram histórico progresso de antecedentes pessoais ou sociais adversos: alcoolismo paterno (n = 7, 21,9%), abuso sexual (n = 4; 12,5%), violência doméstica (n = 4; 12,5%), e uma paciente relatou que seu pai tinha outra família (n = 1; 3 %). Dos três pacientes da amostra geral que haviam sido adotados, dois tiveram diagnóstico do TDC, mostrando maior prevalência (p valor = 0,014) que no grupo sem o TDC.

#### **4.5 Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal após triagem da amostra**

##### **4.5.1 Prevalência de Transtorno Dismórfico Corporal**

Como se pode observar na Tabela 5, a proporção de pacientes com o TDC na amostra de 350 pacientes foi de 9,1% (n = 32).

A proporção de pacientes com TDC no grupo de Cosmiatria foi de 14,0% (n = 21), no Geral de 6,7% (n = 10), e no Controle de 2% (n = 1). As diferenças entre as prevalências de TDC nos três grupos foram estatisticamente significativas. Houve diferenças entre o grupo de Cosmiatria e Controle, mas não entre o grupo Geral e o Controle. Entre os grupos de Cosmiatria e Geral, portanto de pacientes dermatológicos, observou-se uma “tendência” para a diferença entre as prevalências (p valor = 0,058).

**TABELA 5** - Prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal nos três grupos

	Cosmiatria		Geral		Controle		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sem TDC</b>	129	86,0%	140	93,3%	49	98,0%	318	90,9%	<b>CxGxCo</b> 0,033
<b>Com TDC</b>	21	14,0%	10	6,7%	1	2,0%	32	9,1%	<b>CxG</b> 0,058
<b>Total</b>	150	100,0%	150	100,0%	50	100,0%	350	100,0%	<b>CxCo</b> 0,037 <b>GxCo</b> 0,371

**p-valor:** nível descritivo do teste qui-quadrado, **C:** Cosmiatria, **G:** Geral, **Co:** Controle

#### 4.5.2 Características sócio-demográficas dos pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal

Nas variáveis categoriais houve diferenças entre os grupos quanto ao estado civil, com maior prevalência de indivíduos sem cônjuge entre os que tinham o TDC (Tabela 6). Quatro pacientes eram do sexo masculino (um do grupo Cosmiatria e três do Geral) e 28 eram do sexo feminino (vinte do grupo Cosmiatria, sete do Geral e um do Controle), mas não houve diferenças significativas entre os sexos.

Para as demais variáveis demográficas categoriais, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes (Tabela D2 – Anexo D).

**TABELA 6** - Comparação de variáveis demográficas categoriais entre os pacientes com e sem o Transtorno Dismórfico Corporal

	Sem TDC		Com TDC		p-valor
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					0,358
Feminino	251	78,9%	28	87,5%	
Masculino	67	21,1%	4	12,5%	
<b>Estado Civil</b>					0,008
Sem Cônjuge	122	38,4%	20	62,5%	
Com Cônjuge	196	61,6%	12	37,5%	

n: frequência observada, p-valor: nível descritivo do teste qui-quadrado

Entre as variáveis contínuas, os indivíduos com TDC tinham menor IMC (Tabela 7).

**TABELA 7** - Comparação das variáveis demográficas contínuas entre os pacientes com e sem o Transtorno Dismórfico Corporal

	Sem TDC		Com TDC		p-valor
	média	e.p.	média	e.p.	
<b>Idade</b>	42,47	0,83	39,09	1,95	0,179
<b>Peso</b>	67,19	0,77	62,72	1,80	0,107
<b>Altura</b>	1,63	0,00	1,65	0,01	0,086
<b>IMC</b>	25,37	0,26	23,02	0,60	0,004
<b>Nº de Filhos</b>	1,43	0,08	1,41	0,30	0,533

e.p.: erro padrão, p-valor: nível descritivo do teste Mann-Whitney

Para verificar quais os fatores sócio-demográficos que podem influenciar na prevalência do TDC, realizou-se uma regressão logística. As variáveis explicativas utilizadas foram: grupo ao qual pertencia o paciente, sexo, idade, estado civil, IMC, número de filhos, religião, classe econômica e etnia. Na Tabela 8 apresentamos o modelo final obtido por meio do método “stepwise” de seleção de variáveis. Os pacientes do grupo Geral e Controle tiveram menor chance de ter o TDC que o grupo da Cosmiatria, bem como os pacientes com maior IMC. Pacientes solteiros e com maior número de filhos apresentaram maior chance de ter o TDC. Pacientes negros, pardos ou mulatos apresentaram uma tendência para maior chance de ter o TDC.

**TABELA 8** - Modelo final de regressão logística para a presença de TDC

Variável Explicativa	Coeficiente	Erro Padrão	Razão de Chances	I.C. (95%)		p-valor
				inf	sup	
<b>Intercepto</b>	0,08	1,49	1,08	0,06	19,89	0,958
<b>Geral</b>	-0,95	0,43	0,39	0,17	0,89	0,026
<b>Controle</b>	-2,39	1,09	0,09	0,01	0,77	0,028
<b>Sem cônjuge</b>	1,43	0,51	4,17	1,54	11,32	0,005
<b>IMC</b>	-0,14	0,06	0,87	0,77	0,98	0,021
<b>N° de filhos</b>	0,34	0,17	1,40	1,01	1,93	0,042
<b>Negro/Pardo/Mulato</b>	0,75	0,41	2,12	0,96	4,70	0,064

p-valor: nível descritivo para testar se o coeficiente é igual a zero.

### 4.5.3 Comorbidades

Da amostra de 32 pacientes selecionados, todos tiveram diagnóstico positivo do TDC na SCID, e 31 (96,9%) apresentaram alguma comorbidade psiquiátrica do Eixo I ao longo da vida. Apenas um paciente, da Cosmiatria não apresentou comorbidade psiquiátrica. Houve uma média de quatro comorbidades ao longo da vida entre os pacientes deste estudo.

As comorbidades para cada grupo estão apresentadas na Tabela 9.

**TABELA 9 -** Comparação das comorbidades dos pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal entre os grupos

Comorbidade	Cosmiatria		Geral		p-valor <sup>1</sup>
	freq	%	freq	%	
<b>T. DE HUMOR</b>	17	81,0%	9	90,0%	0,906
Episódio Depressivo Maior	13	61,9%	8	80,0%	0,551
Episódio Maníaco	5	23,8%	1	10,0%	0,672
T. Distímico	5	23,8%	1	10,0%	0,672
CGM / Substância (Humor)	2	9,5%	0	0,0%	0,820
<b>SINTOMAS PSICÓTICOS</b>	3	14,3%	2	20,0%	1,000
<b>T. DE ANSIEDADE</b>	17	81,0%	9	90,0%	0,906
T. Pânico	1	4,8%	1	10,0%	1,000
T. Pânico com Agorafobia	0	0,0%	2	20,0%	0,181
Agorafobia	1	4,8%	1	10,0%	1,000
Fobia Social	3	14,3%	3	30,0%	0,583
Fobia Específica	6	28,6%	1	10,0%	0,486
T. Obsessivo-Compulsivo	12	57,1%	4	40,0%	0,611
T. Estresse Pós-Traumático	6	28,6%	4	40,0%	0,822
T. Ansiedade Generalizada	5	23,8%	3	30,0%	1,000
CGM / Substância (Ansiedade)	0	0,0%	0	0,0%	-
Ansiedade SOE	0	0,0%	0	0,0%	-
<b>T. SOMATOFORMES</b>	2	9,5%	1	10,0%	1,000
T. Somatização	1	4,8%	0	0,0%	1,000
T. Doloroso	1	4,8%	1	10,0%	1,000
T. Somatoforme Indiferenciado	1	4,8%	0	0,0%	1,000
<b>T. ALIMENTARES</b>	2	9,5%	2	20,0%	0,810
Anorexia Nervosa	1	4,8%	2	20,0%	0,489
Bulimia Nervosa	1	4,8%	1	10,0%	1,000
T. Compulsão Alimentar	0	0,0%	0	0,0%	-
<b>T. IMPULSOS</b>	10	47,6%	4	40,0%	0,990
T. Explosivo Intermitente	2	9,5%	0	0,0%	0,820
Cleptomania	1	4,8%	2	20,0%	0,489
Piromania	0	0,0%	0	0,0%	-
Jogo Patológico	0		2	20,0%	0,181
Tricotilomania	2	9,5%	0	0,0%	0,820
T. Comprar Compulsivo	5	23,8%	1	10,0%	0,672
T. Sexual Parafílico	1	4,8%	1	10,0%	1,000
T. Uso da Internet	0	0,0%	1	10,0%	0,700
“Skin Picking”	5	23,8%	0	0,0%	0,245
	<b>média</b>	<b>e.p.</b>	<b>média</b>	<b>e.p.</b>	<b>p-valor<sup>2</sup></b>
<b>Nº Comorbidades</b>	3,95	0,55	4,20	0,81	0,780

n: frequência observada, e.p.: erro padrão, p-valor<sup>1</sup>: nível descritivo do teste qui-quadrado, p-valor<sup>2</sup>: nível descritivo do teste de Mann-Whitney

A comorbidade mais freqüente na amostra de pacientes com TDC foi o Episódio Depressivo Maior (EDM) diagnosticado em 67,7% (n = 21)

dos pacientes ao longo da vida; seguido do TOC com 51,6% (n = 16), e do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) com 32,3% (n = 10).

Encontramos também altas prevalências de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) com presença em 25,8% (n = 8) dos pacientes; Fobia específica em 22,6% (n = 7); Fobia Social em 19,4% (n = 6) e com esta mesma prevalência o Transtorno de Impulso caracterizado como “Comprar compulsivo”. Houve diagnóstico de escoriações patológicas (“skin picking”) em 16,1% (n = 5) dos pacientes. Quatro pacientes (12,5%) apresentaram Transtornos Alimentares (não considerados como diagnóstico primário), sendo três do sexo feminino. Ressaltamos a prevalência de 16,1% (n = 5) de sintomas psicóticos, importante para avaliar a presença de pacientes que manifestam o pólo delirante do TDC. Cinco pacientes (15,62%) revelaram ideação suicida e um paciente havia tentado suicídio. Não houve diferenças estatisticamente significativas quanto à presença de comorbidades específicas entre pacientes da Cosmiatria e Geral.

#### **4.5.4 Tratamentos psiquiátricos prévios**

Nos 32 pacientes que tiveram diagnóstico de TDC, 15 (9 do Geral e 6 da Cosmiatria) negaram qualquer tratamento psiquiátrico prévio. Onze pacientes (9 da Cosmiatria, 1 do Geral e 1 dos controles) relataram sintomas depressivos e ansiosos, que, no entanto não foram diagnosticados por psiquiatras. Foram tratados com antidepressivos ou ansiolíticos prescritos por clínicos gerais ou ginecologistas. Apenas seis pacientes, todos do grupo da Cosmiatria, haviam sido diagnosticados e tratados previamente por psiquiatras. Três relataram diagnóstico de “Depressão”, um de “Transtorno Bipolar”, um de “Personalidade Borderline” e um paciente não sabia informar seu diagnóstico.



Nenhum paciente tinha o TDC como diagnóstico primário ou comorbidade previamente.

#### 4.5.5 Intensidade dos sintomas do Transtorno Dismórfico Corporal

Foi utilizada a escala BDD-Y-BOCS modificada por Phillips, avaliando a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos relacionados à imagem corporal. A pontuação vai de 0 a 40, sendo considerado mais grave o quadro do TDC quanto mais alta for a pontuação.

Quando avaliados todos os pacientes com diagnóstico do TDC (n = 32) o escore médio do BDD-Y-BOCS para as obsessões foi de 12,56 e para as compulsões 11,69. O escore total médio no BDD-Y-BOCS foi 24,25 (Tabela 10). Quando comparados os escores médios entre os grupos da Cosmiatria e Geral, observamos um maior escore médio das obsessões nos pacientes da Cosmiatria (p valor = 0,027).

**TABELA 10** - Comparação da gravidade do Transtorno Dismórfico Corporal entre os grupos

BDD Y-BOCS	Cosmiatria		Geral		p-valor
	média	e.p.	média	e.p.	
Y-Bocs Obsessões	13,05	0,42	11,10	0,77	0,027
Y-Bocs Compulsões	11,76	0,41	11,80	0,89	0,898
Y-Bocs Total	24,81	0,76	22,90	1,35	0,308

e.p.: erro padrão, p-valor: nível descritivo do teste de Mann-Whitney

#### 4.5.6 Nível de crença (Juízo crítico) sobre os sintomas do Transtorno Dismórfico Corporal

Na BABS quanto menor a pontuação, melhor é a capacidade de

crítica do paciente sobre os seus sintomas. Nesse estudo focamos os sintomas relacionados à imagem corporal. O escore total médio nos sete itens (convicção, percepção, explicação, rigidez, tentativas de invalidar os pensamentos e crítica) dos pacientes com TDC (n = 32) foi de 13,53.

Como se observa na Tabela 11, a diferença das médias dos escores da BABS entre os pacientes do ambulatório de Cosmiatria e Geral mostrou-se significativa.

**TABELA 11** - Comparação do grau de juízo crítico entre os grupos

BABS	Cosmiatria		Geral		p-valor
	média	e.p.	média	e.p.	
Score Total	14,43	1,039	11,40	1,097	0,022

e.p.: erro padrão, p-valor: nível descritivo do teste de Mann-Whitney

#### 4.5.7 Dimensões obsessivo-compulsivas associadas ao Transtorno Dismórfico Corporal

Nos pacientes com diagnóstico do TDC (n = 32), aplicamos a Escala Dimensional de Avaliação da Presença e da Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS). Todos os pacientes (n = 32, 100%) apresentaram a Dimensão 6 (Obsessões e Compulsões Diversas) positiva nas questões que se referem ao TDC<sup>16,68</sup> (Anexo B. 5).

Também nesta dimensão, oito pacientes relataram manipular a pele, cinco ter comportamentos supersticiosos, e quatro ter o hábito de manipular os cabelos.

Os tipos de sintomas obsessivo-compulsivos (“dimensões”) mais freqüentes e que foram considerados para que o paciente também tivesse o diagnóstico do TOC associado, foram: a Dimensão 3 (Simetria, Ordem,

Contagem e Arranjo), a Dimensão 4 (Contaminação e Limpeza), e a Dimensão 5 (Colecionismo) relatadas em 35,5% (n = 11) dos pacientes; seguidas da Dimensão 1 (Agressão, Violência e Desastres Naturais) em 12,9% (n = 4) e a Dimensão 2 (Sexuais e Religiosas) em 6,45% (n = 2) dos pacientes.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões do DY-BOCS quando comparados os grupos da Cosmiatria e Geral (Tabela 12).

**TABELA 12** - Comparação de frequências de cada dimensão do DY-BOCS entre os pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal nos grupos

	Cosmiatria		Geral		p-valor
	n	%	n	%	
<b>Dimensão 1</b>	3	14,3%	1	10,0%	1,000
<b>Dimensão 2</b>	1	4,8%	1	10,0%	1,000
<b>Dimensão 3</b>	8	38,1%	3	30,0%	0,969
<b>Dimensão 4</b>	8	38,1%	3	30,0%	0,969
<b>Dimensão 5</b>	8	38,1%	3	30,0%	0,969
<b>Dimensão 6</b>	21	100,0%	10	100,0%	-

n: frequência observada, p-valor: nível descritivo do teste qui-quadrado

Quanto à gravidade do escore na dimensão seis, a média dos escores no grupo com TDC foi 10,06 (e.p. = 0,27), e no grupo com TDC associado ao TOC 10,07 (e.p. = 0,50) (p-valor = 0,579) (Tabela D3 - Anexo D).

#### 4.5.8 Comparações entre pacientes com Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno Dismórfico Corporal associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo

##### 4.5.8.1 Diferenças entre variáveis demográficas nos pacientes com diagnóstico do TDC e nos que tinham o TDC associado ao TOC

Na amostra de pacientes com TDC (n = 32), utilizando a estimativa do melhor diagnóstico (“**best estimate diagnosis**”), constituímos dois subgrupos:

o de pacientes que tinham apenas diagnóstico do TDC (n = 18); e outro de pacientes que tinham o TDC associado ao TOC (n = 14). Nosso objetivo foi comparar nesses subgrupos as variáveis demográficas, comorbidades, intensidade dos sintomas e grau de juízo crítico em relação aos sintomas, buscando identificar possíveis diferenças entre os subgrupos com o TDC e o TDC associado ao TOC.

Observa-se na Tabela 13 que a proporção de pacientes sem cônjuge entre os que tinham apenas o TDC, foi significativamente maior do que no subgrupo com o TDC associado ao TOC. A média de filhos foi ligeiramente maior nos pacientes que tinham essa associação (1,93 e 1,0 no grupo com TDC), contudo essa diferença não foi estatisticamente significativa.

**TABELA 13** - Comparação de variáveis demográficas entre os pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal e com o Transtorno Dismórfico Corporal associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo

	TDC		TDC+TOC		p-valor
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					0,788
Feminino	16	88,9%	12	85,7%	
Masculino	2	11,1%	2	14,3%	
<b>Estado Civil</b>					0,017
Sem Cônjuge	15	83,3%	5	35,7%	
Com Cônjuge	3	16,7%	9	64,3%	
	<b>média</b>	<b>e.p.</b>	<b>média</b>	<b>e.p.</b>	<b>p-valor</b>
<b>IMC</b>	22,30	0,81	23,95	0,85	0,095
<b>Nº de Filhos</b>	1,00	0,37	1,93	0,49	0,087

n: frequência observada, e.p.: erro padrão, p-valor<sup>1</sup>: nível descritivo do teste qui-quadrado, p-valor<sup>2</sup>: nível descritivo do teste de Mann-Whitney

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as demais variáveis demográficas (Tabela D4 e D5 - Anexo D).

A média de idade de início do TDC (n = 32) foi de 22,5 anos e a média de idade de início do TOC (n = 14), foi de 13,8 anos e, em dois pacientes destes últimos o TDC antecedeu ao TOC.

## 4.5.8.2 Comorbidades

Quanto à presença de outras comorbidades, quando comparados os grupos com diagnóstico do TDC e do TDC associado ao TOC, não encontramos diferenças significativas (Tabela 14).

**TABELA 14** - Comparação das comorbidades entre os pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal e com o Transtorno Dismórfico Corporal associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Comorbidade	TDC		TDC+TOC		p-valor <sup>1</sup>
	freq	%	freq	%	
<b>T. DE HUMOR</b>	15	83,3%	12	85,7%	1,000
Episódio Depressivo Maior	13	72,2%	9	64,3%	0,631
Episódio Maníaco	3	16,7%	3	21,4%	1,000
T. Distímico	3	16,7%	3	21,4%	1,000
CGM / Substância (Humor)	0	0,0%	2	14,3%	0,358
<b>SINTOMAS PSICÓTICOS</b>	2	11,1%	3	21,4%	0,759
<b>T. DE ANSIEDADE</b>	12	66,7%	13	92,9%	0,178
T. Pânico	2	11,1%	0	0,0%	0,581
T. Panico com Agorafobia	0	0,0%	2	14,3%	0,358
Agorafobia	2	11,1%	0	0,0%	0,581
Fobia Social	1	5,6%	5	35,7%	0,087
Fobia Específica	4	22,2%	3	21,4%	1,000
T. Estresse Pós-Traumático	6	33,3%	4	28,6%	1,000
T. Ansiedade Generalizada	3	16,7%	5	35,7%	0,411
CGM / Substância (Ansiedade)	0	0,0%	0	0,0%	-
Ansiedade SOE	0	0,0%	0	0,0%	-
<b>T. SOMATOFORMES</b>	2	11,1%	1	7,1%	1,000
T. Somatização	1	5,6%	0	0,0%	1,000
T. Doloroso	1	5,6%	1	7,1%	1,000
T. Somatoforme Indiferenciado	1	5,6%	0	0,0%	1,000
<b>T. ALIMENTARES</b>	3	16,7%	1	7,1%	0,788
Anorexia Nervosa	2	11,1%	1	7,1%	1,000
Bulimia Nervosa	1	5,6%	1	7,1%	1,000
T. Compulsão Alimentar	0	0,0%	0	0,0%	-
<b>T. IMPULSOS</b>	6	33,3%	8	57,1%	0,178
T. Explosivo Intermitente	0	0,0%	2	14,3%	0,358
Cleptomania	2	11,1%	1	7,1%	1,000
Piromania	0	0,0%	0	0,0%	-
Jogo Patológico	1	5,6%	1	7,1%	1,000
Tricotilomania	0	0,0%	2	14,3%	0,358
T. Comprar Compulsivo	3	16,7%	3	21,4%	1,000
T. Sexual Parafílico	0	0,0%	2	14,3%	0,358
T. Uso da Internet	0	0,0%	1	7,1%	0,898
"Skin Picking"	1	5,6%	4	28,6%	0,198
<b>Nº Comorbidades (excluindo TOC)</b>	<b>média</b>	<b>e.p.</b>	<b>média</b>	<b>e.p.</b>	<b>p-valor<sup>2</sup></b>
	2,89	0,43	4,14	0,68	0,158

n: frequência observada, e.p.: erro padrão, p-valor<sup>1</sup>: nível descritivo do teste qui-quadrado, p-valor<sup>2</sup>: nível descritivo do teste de Mann-Whitney

No entanto, nos pacientes que tinham o TDC associado ao TOC, os outros Transtornos de Ansiedade foram mais freqüentes (92,9%, n = 13), bem como os Transtornos de Impulso (57,1%, n = 8). Também foi maior o número médio de comorbidades (4,14).

#### 4.5.8.3 Intensidade dos sintomas do TDC e do TDC associado ao TOC

Quanto aos escores médios de obsessões e compulsões no BDD-YBOCS, nos pacientes que tinham diagnóstico do TDC e do TDC associado ao TOC, não houve diferenças estatisticamente significativas (Tabela 15).

**TABELA 15** - Comparação da gravidade do Transtorno Dismórfico Corporal e do Transtorno Dismórfico Corporal associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo

BDD Y-BOCS	TDC		TDC+TOC		p-valor
	média	e.p.	média	e.p.	
Y-Bocs Obsessões	12,61	0,53	12,50	0,69	0,939
Y-Bocs Compulsões	11,33	0,45	12,14	0,67	0,300
Y-Bocs Total	23,94	0,83	24,64	1,10	0,894

e.p.: erro padrão, p-valor: nível descritivo do teste de Mann-Whitney

#### 4.5.8.4 Nível de crença (Juízo crítico) sobre os sintomas do TDC e do TDC associado ao TOC

Na Tabela 16 observamos que, não houve diferenças significativas, quando comparados os escores médios dos pacientes que tinham o TDC com os que tinham o TDC associado ao TOC.

**TABELA 16** - Comparação do grau de juízo crítico nos pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal e com o Transtorno Dismórfico Corporal associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo

BABS	TDC		TDC+TOC		p-valor
	média	e.p.	média	e.p.	
Score Total	12,83	1,112	14,43	1,128	0,567

e.p.: erro padrão, p-valor: nível descritivo do teste de Mann-Whitney

#### 4.6 Tratamentos dermatológicos cosméticos e cirúrgicos

A avaliação dermatológica revelou que as discromias (melasma, hiperpigmentações pós-inflamatórias e hipocromias) foram as queixas dermatológicas mais freqüentes (48,4%), seguidas de quadros de acne e foliculite (32,3%) e queixas relacionadas às alterações constitucionais (29%), forma do corpo (25,8%) e ao envelhecimento (22,6%). Nas mulheres as queixas principais foram as discromias e as relacionadas ao envelhecimento, já nos homens foram acne e alterações constitucionais.

Na Tabela 17 observamos as comparações entre os grupos da Cosmiatria e Geral quanto às queixas dermatológicas.

**TABELA 17** - Comparação das queixas dermatológicas entre os grupos

Queixas Dermatológicas	Cosmiatria		Geral		p-valor
	n	%	n	%	
Discromias	13	61,9%	2	20,0%	0,072
Acne	5	23,8%	5	50,0%	0,295
Envelhecimento	7	33,3%	0	0,0%	0,106
Corpo	6	28,6%	2	20,0%	0,944
Cabelos	3	14,3%	3	30,0%	0,583
Alterações Constitucionais	6	28,6%	3	30,0%	1,000
Tumores Benignos	0	0,0%	1	10,0%	0,700
Eczemas	1	4,8%	3	30,0%	0,166
Micoses Superficiais	0	0,0%	1	10,0%	0,700

n: frequência observada, p-valor: nível descritivo do teste qui-quadrado

No entanto, nem sempre a queixa dermatológica objetiva era a mesma que o foco das preocupações com o TDC. No grupo Cosmiatria (n = 21) em doze pacientes o foco principal das preocupações com o TDC era diferente do objetivo de seus tratamentos atuais e no grupo Geral (n = 10) as queixas relacionadas ao TDC eram diferentes em cinco pacientes.

Da mesma forma, muitos pacientes (n = 9, 28%) que estavam em tratamento na dermatologia por um diagnóstico nunca haviam falado das preocupações com a área do corpo, foco principal das preocupações do TDC, com seu dermatologista, nem com nenhum outro profissional (no grupo Cosmiatria, cinco pacientes e no Geral, quatro pacientes). A média de queixas dermatológicas foi de duas. Não houve diferenças significativas quanto aos diagnósticos dermatológicos entre os dois grupos, mesmo se considerarmos que estavam sendo atendidos em ambulatórios com diferentes objetivos (dermatologia cosmética e geral). Também não encontramos diferenças nesses diagnósticos entre os pacientes com TDC ou TDC associado ao TOC.

A Tabela 18 mostra os principais tratamentos cosméticos aos quais os pacientes já haviam se submetido. Três pacientes (da Cosmiatria) haviam sido tratados com isotretinoína sistêmica. Os procedimentos cosméticos mais freqüentes foram os “peelings” químicos superficiais e médios, seguidos dos preenchedores cutâneos temporários e/ou semi temporários e lasers não ablativos, além das aplicações de toxina botulínica. Sete pacientes haviam realizado cirurgias plásticas previamente, três pacientes mais do que uma intervenção e as mais freqüentes foram as rinoplastias, seguidas de blefaroplastias, colocação de próteses mamárias e lipoaspiração (33,3%, n = 7). Uma paciente havia realizado tratamento para celulite (sic) com “injetáveis” em clínica de cosmiatria privada.



**TABELA 18** - Frequência dos tratamentos dermatológicas nos grupos

Tratamentos	Cosmiatria		Geral		Controle		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Agentes tópicos	13	61,9%	6	60,0%	0	0,0%	19	59,4%
Isotretinoína sistêmica	3	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	9,4%
“Peelings” químicos	11	52,4%	0	0,0%	0	0,0%	11	34,4%
Laser não ablativos	5	23,8%	1	10,0%	0	0,0%	6	18,8%
Toxina botulínica	3	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	9,4%
Preenchimentos cutâneos	5	23,8%	0	0,0%	0	0,0%	5	15,6%
Cirurgias plásticas prévias	7	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	7	21,9%
Injetáveis para “celulite”	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	3,1%

n: frequência observada

Na Tabela 19, comparamos os grupos da Cosmiatria e Geral quanto aos tratamentos realizados e as considerações dos pacientes sobre os resultados. No grupo Cosmiatria, observamos diferenças significativas e uma maior prevalência de pacientes que já tinham realizado tratamentos cosméticos clínicos em outros serviços, estavam em tratamento atualmente e já tinham realizado procedimentos cosméticos anteriormente. Embora não tenha mostrado diferenças significativas, apenas os pacientes da Cosmiatria já haviam realizado cirurgias plásticas anteriores. No grupo Geral 80% dos pacientes nunca haviam realizado nenhum procedimento médico cosmético. Entre os pacientes da Cosmiatria, 61,9% consideravam insatisfatórios os resultados desses procedimentos e com diferenças significativas quando comparados com o grupo Geral.

As prevalências de procedimentos médicos cosméticos entre os pacientes com TDC ou TDC associado ao TOC não tiveram diferenças estatisticamente significativas (Tabelas D6 e D7 - Anexo D).

**TABELA 19 -** Comparação entre os grupos de Cosmiatria e Geral quanto aos tratamentos dermatológicos e de cirurgia plástica e resultados

TRATAMENTOS	Cosmiatria		Geral		p-valor
	n	%	n	%	
Tratamento Clínico Prévio	12	57,10%	1	10,00%	0,036
Tratamento Clínico Atual	17	81,00%	2	20,00%	0,004
Procedimentos Cosméticos Prévios	13	61,90%	1	10,00%	0,02
Cirurgia Plástica Prévia	7	33,30%	0	0,00%	0,106
<b>Resultado dos tratamentos</b>					<b>0,004</b>
Nunca fez	4	19,00%	8	80,00%	
Satisfatório	4	19,00%	1	10,00%	
Insatisfatório	13	61,90%	1	10,00%	

n: frequência observada, p-valor: nível descritivo do teste qui-quadrado

#### 4.7 Fatores associados à gravidade do Transtorno Dismórfico Corporal e ao nível de juízo crítico

Para verificar quais fatores que podem estar associados à maior gravidade do TDC (BDD Y-BOCS) e ao nível de juízo crítico sobre os sintomas (BABS), realizamos regressões lineares. As variáveis explicativas utilizadas foram: grupo ao qual pertencia o paciente, idade, estado civil, IMC, número de filhos, religião, classe econômica, etnia, número de queixas dermatológicas, presença de TOC associado ao TDC, número e tipo de comorbidades (transtorno de humor, ansiedade, somatoforme, alimentar, impulso e sintomas psicóticos). A seguir, apresentamos os modelos finais obtidos por meio do método “stepwise” de seleção de variáveis. Os resultados obtidos por meio destes dois modelos foram:

- Apresentaram maior gravidade do TDC (BDD-YBOCS) os pacientes do sexo feminino, com Transtornos Alimentares e/ou de Humor. Pacientes sem religião ou ateus apresentaram menor gravidade. O IMC também teve uma associação negativa com o BDD Y-BOCS, de tal modo que pacientes com maior IMC, tinham menor gravidade

do TDC. Para a idade no momento da entrevista foi observada tendência na mesma direção, ou seja, pacientes mais novos apresentaram maior gravidade. Observou-se também tendência para maior gravidade nos pacientes que tinham TOC associado ao TDC (Tabela 20).

**TABELA 20** - Modelo final de regressão linear para o escore de BDD Y-BOCS

Variável explicativa	Coefficiente	Erro Padrão	p-valor
<b>Intercepto</b>	34,723	4,363	0,000
<b>TOC</b>	2,341	1,173	0,057
<b>Idade</b>	-0,111	0,060	0,076
<b>Feminino</b>	6,029	1,871	0,004
<b>IMC</b>	-0,652	0,198	0,003
<b>Sem Religião/Ateu</b>	-6,624	2,207	0,006
<b>T. Humor</b>	3,452	1,634	0,045
<b>T. Alimentar</b>	5,467	2,277	0,024

p-valor: nível descritivo para testar se o coeficiente é igual a zero.

- Apresentaram menor grau de juízo crítico os pacientes do sexo feminino; sem religião ou ateus; ou negros, pardos ou mulatos, com maior escore na BABS. Por outro lado, pacientes com Transtornos Alimentares apresentaram menor escore na BABS e, portanto, melhor juízo crítico (Tabela 21).

**TABELA 21** - Modelo final de regressão linear para o escore da BABS

Variável explicativa	Coefficiente	Erro Padrão	p-valor
<b>Intercepto</b>	7,164	0,831	0,000
<b>Feminino</b>	5,442	1,583	0,002
<b>Sem Religião/Ateu</b>	6,564	1,810	0,001
<b>Negro/Pardo/Mulato</b>	3,349	1,111	0,006
<b>T. Alimentar</b>	-11,267	2,064	0,000

p-valor: nível descritivo para testar se o coeficiente é igual a zero.

## 4.8 Fatores associados à presença de TOC

Para verificar quais fatores que podem influenciar na presença de TOC

associado ao TDC, foi feita uma regressão logística. As variáveis explicativas utilizadas foram: grupo ao qual pertencia o paciente, idade, estado civil, IMC, número de filhos, religião, classe econômica, etnia, número de queixas dermatológicas, número e tipo de comorbidades (transtorno de humor, ansiedade, somatoforme, alimentar, impulso e sintomas psicóticos). A seguir, apresentamos os modelos finais obtidos por meio do método “stepwise” de seleção de variáveis. Os resultados obtidos por meio deste modelo foram:

- Os pacientes com maior número de comorbidades (com exceção do TOC) ou com cônjuge apresentaram maior chance de ter TOC associado ao TDC. Os pacientes com maior número de queixas dermatológicas apresentaram tendência para menor chance de ter TOC associado ao TDC (Tabela 22).

**TABELA 22** - Modelo final de regressão logística para a presença de TOC

Variável explicativa	Coeficiente	Erro Padrão	Razão de Chances	I.C. (95%)		p-valor
				inf	sup	
<b>Intercepto</b>	-0,429	1,517	0,651	0,033	12,738	0,777
<b>Com Cônjuge</b>	3,402	1,364	30,03	2,072	435,47	0,013
<b>N° de Queixas Dermat.</b>	-1,956	1,047	0,141	0,018	1,101	0,062
<b>N° de Comorbidades</b>	0,615	0,276	1,849	1,076	3,177	0,026

**p-valor:** nível descritivo para testar se o coeficiente é igual a zero.

## **Resumo dos principais resultados**

**Na análise demográfica univariada, quando comparados os três grupos (Cosmiatria, Geral e Controles) encontramos diferenças:**

- Maior proporção de pacientes do sexo feminino na amostra total;
- Maior prevalência de pacientes do sexo feminino no grupo Cosmiatria;
- Maior proporção de pacientes empregados no grupo Geral;
- Pacientes com menor média de idade no grupo Controle e maior no grupo Cosmiatria;
- Antecedentes psicossociais adversos em 56,2% dos pacientes.

**Quanto à prevalência do TDC:**

- A prevalência do TDC na amostra total foi de 9,1%;
- Nenhum paciente tinha o diagnóstico do TDC previamente;
- Maior prevalência estatisticamente significativa no grupo Cosmiatria do que no grupo Controle e no grupo Geral.

**Quanto às características sócio-demográficas dos pacientes com o TDC:**

- Maior prevalência em pacientes sem cônjuge, com menor IMC e/ou com maior número de filhos;
- Tendência para maior prevalência em pacientes de etnia negra, pardos ou mulatos.

**Quanto às comorbidades psiquiátricas nos pacientes com o TDC:**

- Apenas um paciente não apresentou comorbidade;
- O número médio de comorbidades foi de quatro;
- Não houve diferenças significativas entre os grupos Cosmiatria e Geral;

- A comorbidade mais freqüente foi o Episódio Depressivo Maior;
- Alta prevalência também dos Transtornos de Ansiedade (TOC, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Fobia específica, Fobia Social); Transtornos Alimentares e Transtornos de Impulso.

**Intensidade dos sintomas do TDC:**

- A gravidade dos sintomas foi moderada (escore médio do BDD-Y-BOCS);
- O escore médio das obsessões no grupo Cosmiatria foi maior que no grupo Geral.

**Juízo crítico dos sintomas do TDC:**

- O escore médio da BABS na amostra total indicou razoável capacidade de crítica;
- O escore médio do grupo Cosmiatria foi maior que do grupo Geral.

**Quanto aos tipos de sintomas obsessivo-compulsivos (DY-BOCS):**

- Em todos os pacientes os sintomas obsessivo-compulsivos diversos estavam presentes;
- Os sintomas mais freqüentes foram relacionados à: simetria, ordem, contagem e arranjo; contaminação e limpeza; e colecionismo;
- Não houve diferenças significativas entre os grupos Cosmiatria e Geral.

**Quanto aos subgrupos com TDC e TDC associado ao TOC:**

- Houve maior proporção de pacientes sem cônjuge no subgrupo com o TDC;
- Os pacientes com o TDC associado ao TOC tiveram o dobro do número médio de comorbidades (excetuando-se o TOC) do que os que tinham apenas o TDC;

- Não houve diferenças significativas em número médio de comorbidades;
- Não houve diferenças significativas em comorbidades psiquiátricas específicas;
- No grupo com o TDC associado ao TOC:
  - ✓ os outros Transtornos de Ansiedade e os Transtornos de Impulso foram mais freqüentes, embora não estatisticamente significativos;
  - ✓ não tinham esse diagnóstico anteriormente.
  - ✓ Não houve diferenças na intensidade dos sintomas (BDD-Y-BOCS) e no nível de juízo crítico (BABS) entre os subgrupos com TDC e TDC associado ao TOC.

#### **Quanto à avaliação dermatológica:**

- As queixas dermatológicas mais freqüentes foram as discromias, seguidas de queixas relacionadas a acne, forma do corpo e envelhecimento;
- Nos pacientes houve, em média, duas queixas dermatológicas;
- Nem sempre a queixa dermatológica principal coincidia com o motivo da preocupação do TDC;
- Não houve diferenças entre as queixas dermatológicas ou do TDC entre os Grupos Cosmiatria e Geral; ou entre os subgrupos com TDC ou TDC associado ao TOC;
- No grupo Cosmiatria houve maior prevalência de pacientes que já tinham realizado tratamentos clínicos, procedimentos cosméticos (61,9%) e cirurgias plásticas (33%);
- Na Cosmiatria 61,9% dos pacientes estavam insatisfeitos com os resultados dos tratamentos.

#### **Quanto às regressões lineares e logística:**

- Maior gravidade do TDC em pacientes do sexo feminino ou que tiveram

Transtornos Alimentares ou de Humor;

- Menor gravidade do TDC em pacientes sem religião ou ateus ou com maior IMC;
- Pacientes que tinham o TDC associado ao TOC apresentaram tendência para maior gravidade;
- Tendência para menor gravidade em pacientes com maior idade;
- Menor nível de juízo crítico nos pacientes do sexo feminino; sem religião ou ateus, ou negros, pardos ou mulatos;
- Maior grau de juízo crítico nos pacientes com Transtornos Alimentares;
- Pacientes com cônjuge ou com maior número de comorbidades apresentaram maior chance de apresentar o TOC associado ao TDC;
- Pacientes com maior número de queixas dermatológicas apresentaram tendência para maior chance de ter TOC associado ao TDC.



## 5. DISCUSSÃO

---

*“ Meu corpo não é o meu corpo,  
É ilusão de outro ser.  
Sabe a arte de esconder-me  
E é de tal modo sagaz  
Que a mim de mim ele oculta...”*

Carlos Drummond de Andrade

Os principais objetivos deste estudo foram: observar a prevalência do TDC em populações de pacientes de Dermatologia clínica e cirúrgica; compará-los com um grupo controle e avaliar o grau de crítica que esses pacientes apresentavam em relação aos seus sintomas. Esse foi o primeiro estudo epidemiológico no Brasil que investigou a prevalência do TDC em uma grande amostra de pacientes dermatológicos e, no nosso conhecimento, o primeiro que investigou simultaneamente a gravidade dos sintomas apresentados, as comorbidades e os aspectos da associação do TDC ao TOC em pacientes dermatológicos clínicos e cirúrgicos.

## **5.1 Características da amostra**

### **5.1.1 Características sócio-demográficas da amostra geral**

Nas variáveis categoriais da amostra total observamos diferenças significativas entre os sexos nos três grupos. Houve maior prevalência de pacientes do sexo feminino principalmente no grupo da Cosmiatria (90,7%) com diferenças significativas. De fato, o ambulatório de Cosmiatria da Dermatologia é mais procurado por pacientes do sexo feminino. Estudos de populações de pacientes que procuram tratamentos cosméticos encontraram proporções similares<sup>72,7</sup> e parecem indicar que as mulheres mais frequentemente buscam os tratamentos cosméticos. Segundo Sarwer e Crerand<sup>1</sup> embora a proporção estimada de homens que realizam esses tratamentos seja de 13%<sup>37</sup>, esta tem aumentado nos últimos anos.

A provável razão da maior prevalência de pacientes empregados no

grupo Geral (73,3%) foi em virtude do objetivo deste ambulatório ser atender os funcionários do Complexo HC-FMUSP – portanto, indivíduos empregados. Sendo assim, a avaliação do status ocupacional dos pacientes com o TDC em nossa amostra não permitiu conclusões definitivas. Em alguns estudos na literatura, são relatadas maiores proporções de indivíduos com o TDC desempregados<sup>77,87</sup>, sugerindo que esses pacientes tenham marcado prejuízo no seu funcionamento. No estudo de Phillips et al.<sup>34</sup>, a maioria dos pacientes relata que seus sintomas causam interferência em seu desempenho ocupacional ou acadêmico, e 27% dos pacientes haviam ficado confinados em casa por pelo menos uma semana em algum momento do curso do transtorno. Pavan et al.<sup>14</sup> ressaltam que o amplo espectro de manifestações clínicas do TDC pode mostrar grave prejuízo funcional, mas que nos pacientes que apresentam as formas menos graves e o transtorno é considerado “circunscrito”, pode haver maior desempenho social compensatório.

Entre os três grupos, o Controle (pacientes da Ortopedia) foi o de menor idade (37,7 anos), o que provavelmente aconteceu devido às características da população atendida por esse ambulatório - em geral, pacientes previamente saudáveis e que sofreram algum tipo de acidente traumático com repercussão leve a moderada.

A média de idade na Cosmiatria (45,6 anos) mostrou a tendência para mudança na demografia típica dos pacientes que realizam os procedimentos médicos cosméticos. Estatísticas americanas dos anos 90 revelaram que a média de idade dos pacientes tem diminuído e, que no período avaliado (1994 a 2003), 70% dos pacientes que realizaram esses procedimentos tinham de 19 a 50 anos e 4% eram adolescentes<sup>1</sup>.

## **5.2 Rastreamento do Transtorno Dismórfico Corporal: considerações sobre as respostas às perguntas de triagem**

No questionário de rastreamento, conforme esperado, houve no grupo Cosmiatria uma maior proporção de respostas positivas à primeira questão (que corresponde ao primeiro critério do DSM-IV para o TDC). Essa deve ser a primeira pergunta que se faz em qualquer serviço de cosmiatria, e freqüentemente têm resposta positiva<sup>9</sup>. A insatisfação com a imagem corporal é provavelmente o componente motivacional para a busca por tratamentos cosméticos<sup>7</sup> e a classificação de um aspecto como defeituoso, anormal ou passível de correção é muito subjetivo. Sendo assim, a resposta positiva a essa questão não é suficiente para diagnosticar o TDC, devendo-se buscar caracterizar a repercussão dessas preocupações. Por outro lado, se o paciente responde “não” a essa primeira pergunta praticamente se exclui a possibilidade da presença do TDC<sup>13</sup>. Sarwer et. al.<sup>1</sup> sugerem que o grau de incômodo e prejuízo no funcionamento cotidiano são os critérios mais relevantes a serem considerados em relação aos pacientes com o TDC que procuram tratamentos cosméticos. Na nossa amostra (n = 350), 57 pacientes relataram que as preocupações traziam algum efeito no seu cotidiano e 44 pacientes se preocupavam mais do que uma hora por dia com o “defeito”.

O questionário de triagem mostrou ainda 28,3% de respostas positivas quanto ao hábito de manipular a pele e 10,6 % os cabelos (não caracterizadas como diagnósticos psiquiátricos). Esses comportamentos parecem ser muito freqüentes nos pacientes dermatológicos e devem ser mais bem investigados para um adequado diagnóstico e encaminhamento quando necessário.

Na amostra geral, 1,1% dos pacientes relataram ter diagnóstico firmado de TOC, o que corresponde à prevalência estimada na população geral relatada por Hollander et al.<sup>43</sup> e Torres et al.<sup>88</sup>.

### **5.3 Histórico Médico**

Quanto ao histórico médico dos pacientes selecionados para a segunda fase deste estudo, não realizamos análises comparadas entre os grupos, pois os dados foram obtidos retrospectivamente, com informações colhidas unicamente com os pacientes. Muitos não se lembravam dos fatos, o que provavelmente colaboraria com viés de memória nos resultados encontrados. De qualquer forma a análise comparada desses fatores não se encontrava no escopo deste estudo.

Alguns dados de interesse foram: a alta proporção de pacientes que relataram infecções de garganta de repetição (31,2%), semelhante ao estudo de Ferrão et al.<sup>89</sup>; e a alta prevalência de relatos de enxaqueca (n = 8,25%) e tireoideopatias (n = 4, 12,5%), enfermidades que podem estar relacionados à maior proporção de pacientes do sexo feminino, no qual parecem ser mais prevalentes. Pelas mesmas razões apontadas anteriormente não fizemos comparações entre os grupos.

### **5.4 Antecedentes Psicossociais**

Entre os pacientes que tiveram o diagnóstico do TDC, foi elevada a proporção (56,2%) que relatou histórico progresso de antecedentes pessoais

ou sociais adversos tais como violência doméstica, alcoolismo dos pais ou abuso sexual. Embora os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento do TDC ainda não estejam esclarecidos, e considerando que seu maior pico de incidência frequentemente coincide com a adolescência, parece importante observar aspectos que possam contribuir como fatores de risco e que precedem o aparecimento do TDC.

Mais recentemente o estudo do chamado Complexo TEPT (“Complex PTSD”)<sup>90</sup>, tem investigado a lacuna existente entre a psicopatologia na vida adulta e os aspectos relacionados aos traumas na infância. Provavelmente, esses antecedentes têm impacto negativo e, quanto mais precoce o primeiro trauma, maior pode ser esse impacto. Os indivíduos submetidos a estresse crônico, precoce e prolongado, parecem apresentar prejuízo da auto-regulação dos afetos, alterações na identidade, alterações da percepção da realidade, dificuldade de relacionamentos interpessoais e somatizações<sup>90</sup>. Essas características podem estar presentes no TDC. É importante ressaltar que nem todos os indivíduos que tiveram experiências adversas irão desenvolver o TDC<sup>35</sup>. Veale sugere que alguns fatores não específicos podem contribuir para o desenvolvimento do TDC tais como: sofrer com brincadeiras ou agressões (quanto à sua aparência ou à sua capacidade); ter relacionamento empobrecido com os seus pares; o isolamento social; a falta de apoio da família ou ter sofrido abuso sexual<sup>35</sup>. Neziroglu et al.<sup>91</sup> evidenciam o papel do abuso em crianças no TDC. Comparando 50 pacientes com o TDC e 50 com o TOC, encontraram diferenças significativas e relatos de 38% de abuso na infância (emocional, sexual e/ou físico) nos pacientes com o TDC e 14% nos pacientes com o TOC. Um estudo conduzido por Osman et al.<sup>92</sup> mostra que os pacientes com o TDC têm imagens desconfortáveis no presente associadas às

memórias particulares da adolescência, tais como: ter sofrido com brincadeiras em relação a aspectos da sua aparência ou às cenas do abuso sexual que sofreram. Os efeitos da adoção sobre o desencadeamento do TDC ainda não foram estudados<sup>35</sup>. Embora com pequeno número ( $n = 2$ ), no presente estudo a proporção de pacientes adotados entre os que tinham o TDC foi significativa em relação à amostra geral ( $p$  valor = 0,014), sugerindo que esses pacientes devam ser mais bem estudados.

## **5.5 Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal após triagem da amostra**

O principal objetivo deste estudo foi investigar a prevalência do TDC em pacientes dermatológicos clínicos e cirúrgicos e compará-los com um grupo controle que representasse a estimativa da população geral. Nossa hipótese foi que haveria maior prevalência do TDC nos pacientes dermatológicos do que no grupo controle.

### **5.5.1 Prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal**

Considerando que este estudo foi realizado em serviço universitário, o que provavelmente já apresenta viés na seleção de amostra de pacientes representativa da população geral, a escolha de um ambulatório onde são atendidas vítimas de acidentes traumáticos teve como objetivo melhor representar esta população. Provavelmente, os pacientes que haviam sofrido

traumas ortopédicos, seriam os que teriam suas queixas com a imagem corporal (anteriores ao trauma) limitadas a um padrão considerado “normal” na população geral. Na amostra deste estudo, em 50 pacientes avaliados por meio de entrevista clínica no grupo Controle, foram diagnosticados 2% (n = 1) de pacientes com o TDC, proporção similar à encontrada em estudos avaliando a população geral<sup>47,48,49</sup> (vide Tabela 1). Os estudos realizados em diferentes comunidades utilizando entrevistas clínicas para o diagnóstico mostram prevalências de 1,7% a 2,4%<sup>48,49</sup>. Em amostras de diferentes países observando-se a população geral ou de estudantes, a prevalência varia de 0,7% a 28%<sup>9,50,60</sup>. A razão dessas diferenças não é clara, mas talvez possam refletir características das amostras, aspectos sócio-culturais e o uso de diferentes medidas ou métodos para diagnóstico (questionários auto-aplicáveis ou entrevistas clínicas)<sup>32</sup>.

Observando os grupos Cosmiatria, Geral e Controle, as diferenças entre as prevalências nos três grupos foram significativas, assim como foi significativa a diferença entre os grupos Cosmiatria e Controle. Essas diferenças corroboram nossa principal hipótese neste estudo: a de que é maior a prevalência do TDC em pacientes dermatológicos da Cosmiatria do que na população geral. No entanto, apesar da prevalência ter sido maior no grupo Geral (6,7%) do que no Controle (2%), essa diferença não foi estatisticamente significativa. Esse resultado talvez tenha sido influenciado pelo menor número de pacientes no grupo controle (n = 50) e do quanto ele foi representativo da população geral.

Phillips et al.<sup>12</sup> estudaram a prevalência do TDC em população dermatológica clínica (o que equivaleria ao grupo Geral do nosso estudo) e cirúrgica (equivalente ao grupo Cosmiatria do nosso estudo), utilizando o BDDQ



(auto-aplicável) e apontam que a utilização desse questionário foi a principal limitação do estudo, pois mesmo com valor preditivo positivo de 70%, ainda pode subestimar em 30% o diagnóstico do TDC. No referido estudo também relatam que 23,4% (n = 86) dos indivíduos (a maioria do grupo “cirúrgico”) se recusaram a responder o questionário, não sendo possível tecer hipóteses sobre o diagnóstico do TDC nesses pacientes. Os autores apontam para a necessidade de outros estudos de prevalência em populações dermatológicas que utilizem entrevistas clínicas para confirmar o diagnóstico e avaliar os resultados dos tratamentos<sup>12</sup>, o que realizamos no nosso estudo. Utilizamos o BDDQ desenvolvido por Phillips<sup>13</sup> (com conteúdo similar ao Módulo diagnóstico para o BDD “SCID-like”) na forma de entrevista clínica, e posteriormente investigamos o TDC na seção referente a esse transtorno na realização da SCID. Ressaltamos que a disponibilidade dos pacientes para responder aos questionários do estudo foi excelente e, que de 369 pacientes abordados, apenas 19 se recusaram a participar do estudo (o que corresponderia a 6%, se considerado o número de pacientes abordados).

Nossa segunda hipótese de estudo foi que seria maior a prevalência do TDC entre os pacientes que procuram tratamento cosmético (grupo cirúrgico/ Cosmiatria) do que os que procuram a dermatologia em geral (grupo clínico/ Geral). As prevalências do TDC nos pacientes dermatológicos foram de 14% no grupo Cosmiatria e 6,7% no grupo Geral, mostrando uma “tendência” para a diferença entre as prevalências. No entanto, quando consideramos os resultados da regressão logística que verificou a influência de possíveis variáveis confundidoras na prevalência do TDC, observamos que, controladas essas variáveis, a prevalência foi maior no grupo Cosmiatria tanto em relação ao grupo Controle, como ao grupo Geral e que essa diferença foi

estatisticamente significativa. Esse achado confirma nossa segunda hipótese de estudo: a de que a prevalência do TDC é maior entre os pacientes que procuram tratamentos cosméticos (grupo Cosmiatria) do que os que procuram a dermatologia em geral (grupo Geral).

O referido estudo de Phillips et al.<sup>12</sup> é o único na literatura que investiga uma grande amostra de população de dermatologia clínica e cirúrgica simultaneamente<sup>12</sup> e mostra resultados contrários aos do nosso estudo, com menor prevalência do TDC nos pacientes de cirurgia cosmética (10%, n = 150) do que na clínica (14,4%, n = 118). No entanto, esses autores argumentam que os seus achados foram contrários a sua hipótese preliminar, de que a prevalência seria maior nos pacientes cirúrgicos (Cosmiatria). Outro estudo, o de Vulink et al.<sup>93</sup> investiga o TDC em grande amostra de população de dermatologia clínica e cirurgia plástica cosmética e relata prevalência de 8,5% (n = 530) na dermatologia e de 3,2% (n = 475) na cirurgia plástica. Esses dois estudos, no entanto, utilizaram questionários auto-aplicáveis e não realizaram o “**best estimate diagnosis**”, o que pode explicar uma razão metodológica das diferenças encontradas em relação ao nosso estudo. Na última década os estudos de taxas de prevalência do TDC entre pacientes que procuram cirurgias cosméticas foram variáveis (7 a 53,6%)<sup>2</sup> e as limitações metodológicas (p. ex.: pequenas amostras e vieses de seleção) provavelmente contribuíram para as maiores prevalências<sup>2</sup>. Os estudos recentes e com metodologia mais estruturada mostram taxas de TDC de 3,2 a 16% nos pacientes de cirurgia cosmética<sup>9,31,51,52,72,93</sup>.

Parece adequado enfatizar que a comparação das prevalências do TDC nas amostras dos diferentes estudos apresenta limitações no que se refere a sua descrição. Conforme mostramos, os tratamentos cosméticos são

realizados principalmente por dermatologistas e cirurgiões plásticos e, com o desenvolvimento dos procedimentos minimamente invasivos, atualmente há maior intersecção nas áreas de atuação dessas especialidades. Alguns estudos foram realizados em serviços de Cirurgia Plástica, portanto atuando em cirurgias de maior porte, mas também provavelmente executando os procedimentos minimamente invasivos. Da mesma forma, alguns serviços de “cosmiatria” ou “cirurgia cosmética”, parecem realizar o atendimento clínico em cosmiatria, mas também é provável que executem procedimentos minimamente invasivos e cirurgias cosméticas de menor porte. Os limites dessa intersecção são difíceis de serem distinguidos pelas descrições das amostras, e esse fato, talvez aponte para um aspecto crucial das diferenças entre as prevalências nos diferentes estudos na literatura. Em estudos futuros talvez seja pertinente descrever de modo mais preciso esses limites de atuação, que podem interferir não só na avaliação das prevalências, mas também, possivelmente, na avaliação de outras características (p. ex.: gravidade do transtorno e nível de juízo crítico).

Outro aspecto que merece reflexão cuidadosa diz respeito ao impacto causado na sociedade contemporânea pelo maior desenvolvimento na última década dos procedimentos minimamente invasivos (principalmente a aplicação cosmética de toxina botulínica, de preenchedores cutâneos de ácido hialurônico, e de lasers não ablativos). Estes procedimentos são realizados ambulatorialmente, com rápida recuperação e ao contrário das cirurgias plásticas de maior porte (p. ex.: rinoplastia e ritidectomia) têm como diferencial serem temporários e, em geral, não causarem mudanças drásticas na imagem. Conforme referimos anteriormente, corresponderam a 80% das 10,9 milhões de “cirurgias cosméticas” realizadas nos Estados Unidos em 2006<sup>1</sup>.

Parece razoável considerar a possibilidade de que os estudos de prevalência do TDC realizados nos Estados Unidos antes de 2002 (quando foi aprovada a utilização cosmética da toxina botulínica pelo Food and Drug Administration – FDA), ou 2004 (aprovação da utilização do ácido hialurônico) não sejam representativos do possível maior impacto causado por esses procedimentos também nos pacientes com o TDC. Por exemplo: no estudo de Sarwer et al.<sup>9</sup>, o primeiro que avaliou a prevalência do TDC em pacientes de cirurgia plástica cosmética, houve critérios para o diagnóstico em 7% dos pacientes. A população estudada constituía-se de pacientes que procuravam o serviço para a realização de cirurgias plásticas cujo resultado provavelmente implicaria em maiores modificações na face ou em outras áreas do corpo. Nesse estudo não foi considerada a utilização de toxina botulínica. Se observarmos os procedimentos descritos por Crerand et al.<sup>38</sup> na avaliação retrospectiva dos 419 procedimentos realizados por 142 pacientes com o TDC, apenas um paciente tinha realizado aplicação de toxina botulínica; treze, injeções de colágeno para preenchimento cutâneo\* e sete pacientes haviam realizado abrasões superficiais (microdermabrasão ou “peelings” químicos).

Sarwer e Crerand<sup>1</sup> observam a tendência para mudança na demografia típica (p. ex. sexo e idade) dos pacientes que realizam procedimentos médicos cosméticos. Mas, considerando essas observações, é possível que essa tendência também esteja ocorrendo em relação às características das queixas, às motivações para realizar os tratamentos, bem como em relação aos tipos de tratamentos procurados. Se anteriormente as modificações na imagem envolviam cirurgias de grande porte e “definitivas”, hoje é possível modificar

---

\* O colágeno bovino para fins de preenchimento cutâneo era o mais utilizado antes da aprovação do ácido hialurônico pelo FDA em 2004 e vem sendo amplamente substituído, pois, frequentemente apresenta reações alérgicas, eritema persistente e outros efeitos colaterais indesejáveis, bastante raros com o ácido hialurônico.

aspectos da imagem de maneira mais rápida, segura e temporária. Questionam-se quais seriam as relações entre um maior acesso a procedimentos menos invasivos, que causem alguma modificação na imagem (mas não de forma definitiva) e os sintomas e comportamentos dos pacientes com o TDC.

Um estudo de Castle et al.<sup>94</sup> mostra com questionários auto-aplicáveis, uma taxa de 2,9% do TDC entre os pacientes que procuram por procedimentos cosméticos minimamente invasivos (em amostra de clínica de dois “médicos que trabalham com cosmiatria”). Crerand et al.<sup>31</sup> em artigo de revisão ressaltam que os resultados destes autores, significativamente menores que os observados na literatura, talvez possam ser atribuídos a alguns vieses (p. ex. não há informação sobre quantos pacientes se recusaram a participar). Argumentam também ser possível que os pacientes com o TDC procurem mais por cirurgias cosméticas de maior porte, por acreditarem que seu defeito precisa de maior intervenção. Nossos resultados apontam para outras conclusões.

Considerando que a amostra de pacientes de “cirurgia cosmética” do nosso estudo foi coletada em ambulatório que envolve prioritariamente a realização de procedimentos minimamente invasivos, é possível supor que essa amostra tenha sido representativa não só da prevalência do TDC entre os pacientes que procuram a Dermatologia para tratamentos cosméticos, mas também que esteja refletindo a maior procura pelos tratamentos cosméticos. Portanto com o desenvolvimento de procedimentos menos invasivos e mais seguros, é possível que as intervenções também tenham ficado mais acessíveis aos pacientes com o TDC, e que o resultado de 14% de prevalência desse transtorno na nossa amostra da Cosmiatria esteja refletindo essa tendência.

Alguns estudos investigaram o TDC em grupos específicos de pacientes

como p.ex de rinoplastia (20,7%)<sup>95</sup>, ou pacientes que desejavam fazer toxina botulínica para a hiperidrose que julgavam ter (23%)<sup>8</sup> e encontraram maiores prevalências. Nos quatro estudos da literatura que avaliam populações de pacientes de dermatologia clínica, as taxas do TDC variam de 8,5 a 14,4%<sup>12,93,97</sup>. Destes, dois estudos examinam especificamente pacientes com acne em seus diferentes níveis de gravidade<sup>96,97</sup>. Na amostra de Bowe et al.<sup>97</sup> 14% dos pacientes tinham o TDC e na de Uzun et al.<sup>96</sup> 8,8% dos pacientes tinham esse diagnóstico.

### **5.5.2 Características sócio-demográficas dos pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal**

No nosso estudo, a proporção de mulheres com o TDC foi de 87,5% e de homens 12,5%, resultados similares às proporções encontradas no estudo de Phillips et al.<sup>12</sup> e no estudo de Bellino et al.<sup>72</sup> em pacientes de cirurgia plástica cosmética. Dos pacientes com o TDC, quatro eram do sexo masculino (um do grupo Cosmiatria e três do grupo Geral). O TDC muitas vezes é considerado um “transtorno feminino” por envolver queixas com a aparência. No entanto, parece ser tão comum em homens como em mulheres e a prevalência de 1:1 a 3:2 (mulheres: homens), com variações em diferentes estudos<sup>20,37,87,98</sup>. No entanto, os estudos clínicos em geral são de amostras de conveniência podendo apresentar vieses de seleção<sup>37</sup>. O TDC parece ter mais similaridades do que diferenças entre homens e mulheres, e as diferenças de gênero encontradas foram descritas anteriormente<sup>20,32,34</sup>. Phillips et al.<sup>37</sup> sugerem que o desencadeamento da forma subclínica do TDC nas mulheres é mais precoce e que elas, com maior frequência, trocam excessivamente suas

roupas; enquanto nos homens o funcionamento em geral é mais prejudicado e mais freqüentemente estão envolvidos com exercícios físicos para aumento de massa muscular (p. ex.: levantamento de peso).

Na regressão logística que verificou a influência de possíveis variáveis confundidoras na prevalência do TDC, notou-se que foi maior prevalência em pacientes sem cônjuge, com menor IMC e/ou com maior número de filhos e uma tendência para maior prevalência em pacientes negros, pardos ou mulatos.

A maior prevalência de indivíduos sem cônjuge nos pacientes com o TDC parece ser um importante aspecto e consistentemente referido na literatura<sup>17,81,99</sup>. Em recente estudo investigando a prevalência na população americana<sup>48</sup> esse fato é relatado também por Koran et al.<sup>48</sup>, mostrando maiores proporções de indivíduos separados e solteiros (portanto, sem cônjuges) quando comparados com a população sem o TDC. Os indivíduos com o TDC, em geral, têm um funcionamento social pobre<sup>87</sup>, freqüentemente são solteiros e evitam encontros românticos, o que mostra o isolamento social e a redução significativa na qualidade de seus relacionamentos<sup>13,100</sup>.

A maior prevalência do TDC nos indivíduos com menor IMC foi observada na análise das variáveis contínuas e na regressão logística. Esses resultados parecem refletir uma maior preocupação com o peso nesses pacientes. Kitter et al.<sup>58</sup> mostram que, em 200 pacientes com o TDC, 29% tinham queixas em relação ao peso (como queixa principal ou não), havendo predomínio, nesses pacientes, de mulheres mais jovens e com maior morbidade do TDC.

A tendência para a maior prevalência em pacientes de etnia negra, pardos ou mulatos, pode estar relacionada ao tamanho da amostra ou ainda ser reflexo de questões sócio-culturais presentes no nosso país.

### 5.5.3 Comorbidades

As comorbidades psiquiátricas parecem ser comuns nos pacientes com o TDC. Em serviço especializado no TDC, Gustand e Phillips<sup>71</sup> mostram que, ao longo da vida, há mais de duas outras comorbidades do Eixo I presentes nesses pacientes. Esses autores argumentam que as razões para explicar esses achados ainda não são claras. Alguns modelos têm sido propostos para explicar a ocorrência das comorbidades entre os transtornos, tais como o acaso (co-ocorrência de maneira randômica), a não especificidade dos sintomas e etiofisiopatofisiologia compartilhada<sup>71,101</sup>. Gustand e Phillips<sup>71</sup> observam que, embora o número de estudos sobre o TDC tenha aumentado ultimamente, este aspecto tem recebido pouca atenção e que provavelmente as taxas em outras populações (p. ex.:na dermatologia ou clínica geral) sejam diferentes<sup>71</sup>. Em nosso estudo, 96,9% dos pacientes (n = 31) apresentaram alguma comorbidade psiquiátrica do Eixo I e houve uma média de quatro comorbidades ao longo da vida, número maior que o observado no estudo de Gustand e Phillips<sup>71</sup>. É possível que o maior número de comorbidades no nosso estudo seja em decorrência dos pacientes nunca terem sido investigados ou tratados em ambiente psiquiátrico. Não houve diferenças estatisticamente significativas quanto à presença de comorbidades específicas entre pacientes do grupo Cosmiatria e do Geral. Descreveremos, a seguir, as comorbidades que foram mais freqüentes em nosso estudo.

#### **Transtornos de humor**

A comorbidade mais freqüente foi o Transtorno Depressivo Maior (TDM)



havendo diagnóstico em 67,7% (n = 21) dos pacientes ao longo da vida. Esse resultado está de acordo com a maioria dos estudos que examinam a prevalência do TDM em pacientes com o TDC mostrando altas prevalências<sup>73</sup>. No estudo de maior casuística de pacientes com o TDC (n = 293), o TDM foi duas vezes mais comum que qualquer outra comorbidade<sup>71</sup>. Pavan et al.<sup>14</sup> argumentam que o TDC tem diferenças em relação aos Transtornos Depressivos, pois mesmo que sentimentos de baixa auto-estima sobre aspectos do corpo possam se desenvolver durante um episódio de TDM, esses sintomas nunca terão como foco aspectos específicos da aparência física e comportamentos compulsivos. Em estudo prospectivo longitudinal Phillips e Stout<sup>101</sup> avaliaram o curso do TDC pelo período de um a três anos, encontrando associações longitudinais significativas com o TDM, ou seja, as mudanças no TDC ou no TDM no curso do tempo eram próximas. A melhora do TDC foi fator preditivo para a melhora do TDM e vice versa, sugerindo que esses transtornos possam estar associados do ponto de vista etiológico. Atualmente, considera-se que o TDC é relacionado aos Transtornos Depressivos, com alta comorbidade, mas a natureza dessas relações ainda não está esclarecida<sup>14</sup>.

### **Ideações e tentativas de suicídio**

Em nosso estudo, houve relatos de ideação suicida (n = 4) e tentativa de suicídio (n = 1) em 15,6% dos pacientes. Ideação suicida e risco de suicídio no TDC vêm sendo estudados mais recentemente. Phillips et al.<sup>73</sup> sugerem que os pacientes com o TDC e o TDM atual têm maior probabilidade de suicídio. Esses mesmos autores conduziram o primeiro estudo prospectivo de quatro

anos em 185 pacientes com o TDC<sup>102</sup> mostrando taxa anual de ideação suicida de 57,8%, de 2,6% de tentativas de suicídio e de 0,3% de suicídio, enfatizando que os pacientes com o TDC têm risco de suicídio particularmente elevado. Crerand et al.<sup>3</sup> analisaram sete estudos epidemiológicos e encontraram uma taxa de suicídio de duas a três vezes maiores que a esperada na população geral em pacientes que realizaram implantes cosméticos de mama. Embora as razões dessa associação ainda não estejam esclarecidas, uma possibilidade é que essas pacientes tivessem o TDC.

Phillips<sup>102</sup> ressalta que sendo o TDC ainda pouco reconhecido e diagnosticado e preferencialmente atendido em ambiente não psiquiátrico, é importante que os profissionais sejam treinados a reconhecer e a realizar o difícil encaminhamento desses pacientes.

### **Transtornos de Ansiedade**

Gustand e Phillips<sup>71</sup> relatam que mais de 60% dos pacientes com o TDC têm algum Transtorno de Ansiedade ao longo da vida.

### **Transtorno de Ansiedade Generalizada**

Observamos o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada com o SCID em 25,8% (n = 8) dos pacientes do nosso estudo.

### **Fobia Específica e Social**

A prevalência da Fobia Social nos pacientes com o TDC foi de 19,4%

(n = 6). Na literatura, há relatos de prevalências de 12%<sup>14</sup> e 39%<sup>103</sup>. A presença de Fobia Específica, encontrada em 22,6% dos pacientes, não foi descrita previamente em outros estudos.

### **Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)**

Encontramos também altas prevalências do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) com 32,3% (n = 10). Esse resultado talvez seja expressão da amostra populacional investigada, constituída de pacientes que vivem na região metropolitana de São Paulo e, portanto, com alta exposição à violência urbana. Podemos levantar a hipótese de que essa razão possa explicar também o maior número de comorbidades que encontramos em nosso estudo. Ainda foi pouco estudado o impacto do TEPT no desenvolvimento e curso do TDC, embora se saiba que a exposição aos traumas pode desencadear uma série de transtornos. Phillips et al.<sup>104</sup> sugerem que o TEPT seja fator preditivo positivo para maior risco de tentativas de suicídio em pacientes com o TDC. Considerando os estudos relacionados ao Complexo TEPT expostos anteriormente, esse resultado aponta para a necessidade de investigar se há alguma associação entre esses dados.

### **Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

No nosso estudo, considerando o TDC como diagnóstico primário, a comorbidade com o TOC ao longo da vida foi de 51,6%. Na literatura, os relatos são de 30%<sup>71</sup> a 78%<sup>27</sup>. Ressaltamos que, na amostra de pacientes dermatológicos, 14 pacientes tiveram o diagnóstico do TOC como comorbidade após o “**best**

**estimate diagnosis**”, sendo que apenas três desses pacientes referiram ter este diagnóstico previamente. A prevalência do TOC nos pacientes de dermatologia foi ainda pouco estudada. O estudo de Fineberg et al.<sup>105</sup> mostra que 20% (n = 96) dos pacientes têm critérios do DSM-IV para o diagnóstico do TOC e, o estudo de Demet et al.<sup>106</sup> mostra que a prevalência do TOC com a SCID é de 24,7% (n = 166), apontando para a necessidade de maior investigação das associações do TOC com as patologias dermatológicas. O estudo de Odone<sup>107</sup>, publicado em forma de dissertação de mestrado, buscou identificar em pacientes dermatológicos consecutivos a presença de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo e, em 304 pacientes, essa autora não encontrou nenhum paciente com esses diagnósticos. No entanto, não foi utilizada a SCID.

Nas seções 5.5.7 e 5.5.8, discutiremos especificamente essa associação.

### **Transtornos Alimentares**

Estiveram presentes como comorbidade ao longo da vida em 12,5% (n = 4) dos pacientes, sendo três do sexo feminino. Na literatura, o estudo com maior casuística observando-se o TDC e os Transtornos Alimentares, revela taxas de comorbidade deste último em 32,5% dos pacientes com o TDC<sup>41</sup>. Nesse estudo, os autores ressaltam algumas diferenças entre os pacientes com o TDC que, em geral, parecem normais para as outras pessoas, e os com a anorexia nervosa que, apesar da aparência por vezes caquética, melhor se sentem quanto mais emaciados estão.

## **Transtornos de Impulso**

Entre os Transtornos de Impulso (45,2%) foram mais freqüentes neste estudo o “Comprar compulsivo” (19,6%, n = 6), o que pode refletir o comportamento descrito por Perugi et al.<sup>20</sup> dos pacientes com o TDC que se envolvem na compra excessiva de produtos de beleza, roupas, tratamentos cosméticos, suplementos alimentares e de outros produtos relacionados as suas queixas.

O diagnóstico de “escoriações patológicas” (“skin picking”) (SCID) foi positivo em 16,1% (n = 5) dos pacientes, no entanto, número menor que as prevalências de 27% e 36,9%<sup>42</sup> relatadas em outros dois estudos da literatura.

## **Sintomas Psicóticos**

Cinco pacientes (16,1%) relataram sintomas psicóticos ao longo da vida. Esses sintomas são importantes para avaliar a presença de pacientes que manifestam a forma delirante do TDC e serão discutidos na seção 5.5.6.

### **5.5.4 Diagnósticos e tratamentos psiquiátricos prévios**

Outra hipótese aventada por esse estudo é que a maioria dos pacientes dermatológicos com diagnóstico do TDC não foi diagnosticada ou tratada previamente por profissional de saúde mental, o que se comprovou.

Apenas seis dos 32 pacientes tinham algum diagnóstico psiquiátrico prévio e nenhum deles, o diagnóstico do TDC. Um aspecto importante a

ressaltar é que 11 pacientes haviam relatado sintomas depressivos e ansiosos a seus médicos não psiquiatras. Receberam tratamento para os sintomas que referiram (antidepressivos e/ou ansiolíticos); no entanto, de forma irregular (p. ex.: descontinuaram a medicação antes que se atingisse nível terapêutico ou por conta dos efeitos colaterais, não tiveram acompanhamento médico, etc).

Phillips<sup>13,32</sup> aponta para dois importantes aspectos do TDC que, frequentemente, fazem com que esse transtorno não seja diagnosticado. Os pacientes sentem vergonha de relatar seus sintomas e têm medo que sejam trivializados e não compreendidos. Sendo assim, são importantes perguntas específicas sobre esses sintomas<sup>13</sup>. Além do mais, como o TDC é frequentemente comórbido com outros transtornos (TDM ou TOC), é necessário distingui-lo desses. Em estudo de pacientes psiquiátricos internados Conroy et al.<sup>55</sup> mostram que 16% dos pacientes têm diagnóstico do TDC atual ou ao longo da vida e não são diagnosticados. Em estudo prévio de Grant et al.<sup>108</sup>, os pacientes relatam que, por sentirem vergonha, não fariam sobre suas queixas com a aparência com profissionais de saúde mental.

### **5.5.5 Intensidade dos sintomas do Transtorno Dismórfico Corporal**

Poucos estudos avaliaram a gravidade do TDC em populações de pacientes dermatológicos. No estudo para validação da escala BDD-Y-BOCS, Phillips et al.<sup>83</sup> entrevistaram 125 pacientes com o TDC e encontraram um escore total médio de 23,9 (d.p. = 6,6), relatando ser este similar à média encontrada no Y-BOCS em pacientes com o TOC.

No nosso estudo, os pacientes tiveram um escore médio do BDD- Y-

BOCS de 24,25 (d.p. = 3,76), correspondendo a uma intensidade moderada dos sintomas. Na Tabela 23 observamos os escores médios encontrados nos estudos de populações psiquiátricas.

**TABELA 23** - Escores médios da escala BDD-YBOCS em pacientes psiquiátricos

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>média</b>	<b>d.p.</b>
Phillips, Pinto et al.	2006	29,0	7,4
Ruffolo et al.	2006	26,5	10,4
Phillips, Menard et al.	2006	29,0	6,6

**d.p.:** desvio padrão

Observa-se que, nos pacientes do nosso estudo, em média, o TDC era ligeiramente menos grave do que nas populações de pacientes psiquiátricos. No entanto, mesmo apresentando gravidade moderada do TDC, esses pacientes não tinham conhecimento que seus sintomas eram relacionados a um transtorno psiquiátrico. Outro aspecto a ser ressaltado é que o encaminhamento mais precoce dos pacientes para tratamento psiquiátrico adequado, provavelmente diminuirá a chance de receber procedimentos cosméticos não indicados ou o risco de suicídio.

Quando comparados os escores médios das obsessões no BDD-YBOCS entre os grupos da Cosmiatria e Geral, este foi significativamente maior no grupo da Cosmiatria (p valor = 0,027), sugerindo que, em função das obsessões, os pacientes da Cosmiatria possam mais freqüentemente buscar tratamentos cosméticos e pressionar seus médicos para realizar procedimentos não indicados.

### 5.5.6 Nível de crença (juízo crítico) sobre os sintomas do Transtorno Dismórfico Corporal

Outra hipótese deste estudo foi de que os pacientes com o TDC teriam o juízo crítico em relação à sua queixa prejudicado. Define-se juízo crítico (“insight”) como a maneira pela qual os pacientes compreendem e explicam seus sintomas; a percepção que têm de que o que fazem e sentem não é completamente normal ou aceitável<sup>109</sup>. Este é um aspecto clínico relevante, pois tem grande influência na procura por tratamento psiquiátrico<sup>110</sup>. As preocupações no TDC são freqüentemente descritas como obsessivas; no entanto, em comparação com os pensamentos obsessivos encontrados no TOC, as queixas dismórficas em geral são bem menos egodistônicas, ou seja, apresentam piores níveis de juízo crítico. Na verdade, antes do tratamento, a maioria dos pacientes tem a capacidade crítica bastante prejudicada. De acordo com um estudo de Phillips et al.<sup>81</sup>, mais da metade dos pacientes com o TDC poderiam até ser considerados “delirantes” por um período de tempo considerável. No entanto, tais pacientes não diferem dos demais com respeito à maioria dos aspectos demográficos e clínicos<sup>111</sup>. Além do mais, se observa que o nível de juízo crítico pode mudar ao longo do tempo. Assim as queixas dismórficas corporais podem variar ao longo de um continuum de crítica, característica mais bem entendida no TDC como um construto dimensional (englobando idéias obsessivas, supervalorizadas e até “delirantes”) e não categórico, como propõe o DSM-IV<sup>45</sup>.

No nosso estudo, encontramos um escore médio da BABS de 13,53 (d.p. = 4,51).

Na Tabela 24 observamos os escores médios encontrados nos estudos de populações psiquiátricas.



**TABELA 24** - Escores médios da BABS em pacientes com o Transtorno Dismórfico Corporal em populações psiquiátricas

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>média</b>	<b>d.p.</b>
Phillips, Pinto et al.	2006	15,0	6,3
Ruffolo et al.	2006	15,4	6,8
Phillips, Didie et al.	2006	16,1	6,0

d.p.: desvio padrão

Essa pequena diferença observada em relação aos escores médios relatados na literatura, talvez também seja em decorrência de nosso estudo ter investigado uma população em ambiente dermatológico. Portanto, é possível que, em média, os pacientes em um ambiente dermatológico tenham o nível de juízo crítico um pouco melhor do que os atendidos em ambiente psiquiátrico.

Acredita-se que de 35 a 40% dos casos do TDC apresentem um prejuízo tão importante da crítica que poderiam ser considerados como tendo um padrão “delirante”<sup>34,45,111</sup>. Phillips et al.<sup>111</sup> em estudo comparativo dos escores médios da BABS em 191 pacientes com o TDC, consideraram “delirante” o paciente com score total maior ou igual a 18, além de quatro pontos no item 1 dessa escala (convicção). No nosso estudo, observamos quatro pacientes (12,5%) que preencheram esses critérios.

A experiência clínica sugere que o estresse e a exposição social podem fazer com que alguns pacientes tenham juízo crítico diminuído<sup>20</sup>. Muitos pacientes têm medo de que seu suposto defeito seja notado em situações sociais ou públicas e seja motivo de comentários ou brincadeiras. Essas idéias de autorreferência também podem apresentar graus bem variáveis de crítica em diferentes pacientes, e ao longo do tempo<sup>112</sup>. Os pacientes parecem ser profundamente sensíveis à rejeição, ter baixa auto-estima, sentimentos de desvalia e vergonha ou embaraço. Têm a forte crença de que a única maneira

de melhorar sua autoestima é melhorando a sua aparência, o que também pode levar a uma maior exposição desses pacientes à realização de tratamentos cosméticos<sup>20</sup>.

No nosso estudo, encontramos diferenças significativas no nível de juízo crítico entre os grupos Cosmiatria e Geral ( $p = 0,022$ ). Portanto, os pacientes com o TDC que procuram os tratamentos cosméticos parecem ter pior nível de juízo crítico sobre os seus sintomas. Sendo assim, podemos supor que a associação entre menor nível de juízo crítico (BABS) e maior gravidade das obsessões (BDD – YBOCS) observada nos pacientes que procuram a Dermatologia para tratamentos cosméticos provavelmente contribuiu para que esses pacientes estejam mais susceptíveis à realização desses tratamentos.

### **5.5.7 Dimensões obsessivo-compulsivas associadas**

Este estudo também apresentou como hipótese que a frequência do TOC nos pacientes com o TDC é compatível com a relatada na literatura, o que de fato se comprovou conforme descrito anteriormente.

Investigamos as dimensões obsessivo-compulsivas que estavam presentes nos pacientes com o TDC. Todos apresentaram a Dimensão 6 (Obsessões e Compulsões Diversas) positiva nas questões que se referem ao TDC e não houve diferenças entre os escores médios nos pacientes com o TDC ou com o TDC associado ao TOC. Os sintomas obsessivo-compulsivos mais frequentes foram os relacionados às Dimensões 3 (simetria, ordem, contagem e arranjo), 4 (contaminação e limpeza) e 5 (coleccionismo) do DY-BOCS. Embora na literatura não haja relatos da aplicação dessa escala

anteriormente, Phillips et al.<sup>77</sup>, comparando grupos com o TDC, o TOC e o TDC associado ao TOC, encontraram neste último grupo as mesmas dimensões observadas no subgrupo do TDC associado ao TOC do nosso estudo. Em artigo de revisão da literatura, Pavan et al.<sup>14</sup> ressaltam que, nos pacientes com o TDC, são freqüentemente positivas as obsessões e compulsões relacionadas à simetria, ordem, contagem e arranjo (Dimensão 3 do DY-BOCS).

#### **5.5.8 Comparações dos pacientes com Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno Dismórfico Corporal associado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

Na tentativa de identificar características que diferenciassem os pacientes com o TDC daqueles que tinham o TDC associado ao TOC, estudamos a amostra de pacientes positivos subdivididos em dois subgrupos (TDC e TDC associado ao TOC). Conforme observado anteriormente, nosso estudo mostrou alta prevalência dessa associação e o TOC estava presente em 44% (n = 14) dos pacientes com o TDC após o “**best estimate diagnosis**”. Na literatura, considerando o TDC como diagnóstico primário, a prevalência de TOC é 30<sup>71</sup> - 78%<sup>27</sup> ao longo da vida; e, considerando o TOC como diagnóstico primário, o TDC mostra prevalências de 8 a 37%<sup>19,27,113</sup>. Phillips et al.<sup>77</sup> ressaltam que os poucos estudos que compararam a associação de TDC e TOC ao TDC e/ou ao TOC, encontraram muitas similaridades, mas também diferenças.

##### **5.5.8.1 Características sócio-demográficas**

Neste estudo, a comparação de pacientes que apresentaram apenas

o TDC com os que apresentaram a associação entre o TDC e o TOC, mostrou maior proporção de pacientes sem cônjuge (83,3%, n = 15) nos que tinham apenas o TDC. Esse resultado também foi observado em dois estudos comparativos: um europeu, de Frare et al.<sup>76</sup> e de outro americano, Phillips et al.<sup>114</sup>. No entanto, no estudo de Phillips et al.<sup>77</sup>, não houve diferenças entre os grupos quanto ao estado civil ou qualquer outra variável demográfica. No nosso estudo, nas demais variáveis demográficas também não houve diferenças estatisticamente significativas.

A média de idade de início do TDC (n = 32) foi de 22,5 anos. Nos pacientes que tinham o TDC associado ao TOC, a média de idade de início do TOC (n = 14) foi de 13,8 anos e, em apenas dois pacientes, o TDC antecedeu ao TOC. Esse resultado foi discrepante em relação aos achados de Frare et al.<sup>76</sup> que mostram que o TDC tem uma idade de aparecimento mais precoce do que o TOC.

#### 5.5.8.2 Comorbidades

Quanto á presença de outras comorbidades, não houve diferenças significativas entre os grupos. No entanto, nos pacientes que tinham o TDC associado ao TOC, foram mais freqüentes os outros Transtornos de Ansiedade (principalmente a Fobia Social) e os Transtornos de Impulso (comprar compulsivo, “skin picking” e tricotilomania). No estudo de Frare et al.<sup>76</sup>, a maior prevalência de Fobia Social no grupo que tinha associação do TDC ao TOC foi estatisticamente significativa. No grupo que tinha o TDC associado ao TOC, observamos maior número médio de comorbidades<sup>7,26</sup>. Esse resultado sugere, como apontado por Phillips et al.<sup>77</sup>, que a associação desses transtornos apresenta maior morbidade, embora as causas sejam pouco esclarecidas.

### 5.5.8.3 Intensidade dos sintomas

Não foram encontradas diferenças significativas na intensidade dos sintomas quando comparados os escores no BDD – YBOCS entre os subgrupos. Esse achado foi discrepante em relação ao estudo de Phillips et al.<sup>77</sup> que mostra maior gravidade do TDC quando associado ao TOC. Essa diferença também pode ser em função das populações observadas nas duas amostras (pacientes dermatológicos e pacientes psiquiátricos).

### 5.5.8.4 Nível de crença (juízo crítico)

Phillips e Kaye<sup>15</sup> ressaltam que, enquanto no TOC apenas 2% dos pacientes são delirantes, a forma delirante está presente em 27 a 39% dos pacientes com o TDC. Embora não tenham sido observadas diferenças significativas entre os escores médios da BABS entre os subgrupos, observamos uma maior média nos pacientes que tinham essa associação, representando menor grau de juízo crítico. Esse resultado está de acordo com o de Marazziti et al.<sup>46</sup> que também mostram menor grau de juízo crítico nos pacientes que têm o TDC associado ao TOC. No entanto, esses autores em seu estudo utilizaram os escores para nível de juízo crítico do BDD-YBOCS (questões 11 e 12).

## **5.6 Tratamentos dermatológicos cosméticos e cirúrgicos**

Conforme observado anteriormente, o papel da aparência física e as

mudanças de comportamento na sociedade contemporânea envolvendo a aparência e a imagem corporal, fazem com que as queixas cosméticas sejam avaliadas no âmbito da necessidade. É freqüente ouvirmos do nosso paciente: “O que eu preciso fazer?”, ou “Estou aqui para fazer preenchimento do lábio” (“treatment on demand”). Sendo assim, os profissionais precisam estar atentos para caracterizar os sintomas e diagnosticar o TDC, pois esse transtorno parece ser relativamente comum entre os pacientes que procuram os tratamentos médicos cosméticos. De fato, os tratamentos não psiquiátricos parecem ser inicialmente procurados<sup>15</sup> e o dermatologista, o especialista que mais freqüentemente tem contato com esses pacientes<sup>12</sup>. Em geral, os pacientes sentem vergonha e constrangimento em relatar seus sintomas e buscam ajuda para suas queixas com a aparência, às vezes de modo obsessivo, para os defeitos que supõem ter<sup>20</sup>. Resistem em aceitar da família ou amigos comentários positivos e reasseguramento de sua aparência e consultam especialistas para avaliar suas queixas<sup>76</sup>. Procuram, então, uma solução cosmética para seu problema psiquiátrico<sup>32</sup>. Esse comportamento pode levar às consultas a inúmeros profissionais (“doctor shopping”)<sup>2</sup> ou ainda a pressionar um profissional, com visitas excessivas e repetidas, até que consigam realizar o tratamento que desejam<sup>17</sup>, mesmo sem indicação ou sabidamente ineficazes.

Na nossa amostra, a avaliação dermatológica mostrou que as discromias foram as queixas mais freqüentes entre os pacientes, seguidas de quadros de acne e foliculite e queixas relacionadas às alterações constitucionais, à forma do corpo e ao envelhecimento. Nas mulheres as queixas principais foram as discromias e às relacionadas ao envelhecimento. Nos homens, a acne e alterações constitucionais. As queixas no TDC, no entanto, podem

focar qualquer área do corpo<sup>13,43</sup>. Phillips et al.<sup>34</sup> mostram que, em média, os pacientes estão preocupados com cinco a sete áreas do corpo ao longo do curso do transtorno, sendo a pele a causa mais comum das preocupações. No nosso estudo, os diagnósticos dermatológicos não apresentaram diferenças entre os grupos e a média de queixas dermatológicas foi de duas por paciente, embora alguns tenham relatado de três a sete áreas do corpo que os desagradavam. Tampouco, houve diferenças entre os focos das preocupações ou compulsões nos pacientes com o TDC, ou com este associado ao TOC, o que está de acordo com o estudo de Phillips et al.<sup>77</sup>.

No presente estudo, observou-se diferenças de comportamento em relação à procura por tratamentos cosméticos entre os pacientes com o TDC nos grupos da Cosmiatria e Geral. A maioria dos pacientes da Cosmiatria (81%) já estava em tratamento cosmético clínico (agentes tópicos) ou havia realizado anteriormente procedimentos cosméticos (61,9%). Esse achado está de acordo com os de estudos de pacientes com o TDC, observados em ambiente psiquiátrico. Phillips et al.<sup>115</sup> mostram que, em 250 pacientes com o TDC, 76% haviam procurado e 66%, recebido tratamentos não psiquiátricos (sendo 45% dermatológicos). Estudo mais recente de Crerand et al.<sup>38</sup> mostra que, de 200 pacientes com o TDC, 71% dos pacientes procurou e 64% recebeu tratamentos dermatológicos (principalmente agentes tópicos para acne) e cirurgias plásticas (rinoplastias, lipoaspiração e próteses mamárias). No nosso estudo, os procedimentos mais frequentes foram “peelings” químicos superficiais e médios, os preenchedores cutâneos temporários ou semi-permanentes, os lasers não ablativos e as aplicações de toxina botulínica. Dos 32 pacientes, 33% (n = 7) haviam realizado cirurgia plástica (todos da Cosmiatria), resultados também similares a um estudo de revisão de 50

pacientes com o TDC, no qual 40% já haviam realizado cirurgia plástica<sup>38,116</sup>.

Ao contrário, no grupo Geral do nosso estudo, 80% dos pacientes com o TDC nunca haviam procurado ou realizado nenhum tratamento cosmético. Observamos também que, nos pacientes da nossa amostra, nem sempre a queixa dermatológica objetiva era a mesma que o foco das preocupações com o TDC (p. ex.: o paciente procurava o serviço para tratar acne, mas o foco principal do TDC era a presença de “celulite”). Da mesma forma, alguns pacientes que estavam em tratamento na Dermatologia por um diagnóstico (p. ex.:eczema), nunca haviam falado das preocupações com a área do corpo, foco principal das preocupações do TDC, com seu dermatologista nem com nenhum outro profissional. Essas discrepâncias foram observadas em mais de 50% (n = 17) dos pacientes. É possível supor que muitos pacientes com o TDC que procuram a Dermatologia possam de fato não “conseguir” expressar exatamente qual é a sua queixa, ou ainda relatar seu real sofrimento ao médico, apesar do prejuízo funcional causado pelo transtorno.

Esse aspecto do comportamento também pode ser observado no estudo de Hunter-Yates et al.<sup>39</sup> que descreve pequena amostra de pacientes com o TDC que realizavam “bronzeamento artificial” por acreditarem que sua pele era muito clara. Nesse estudo, embora já diagnosticados por psiquiatras e relativamente graves (média do BDD-YBOCS = 33 ± 8), se esses pacientes não tivessem o diagnóstico prévio do TDC e fossem avaliados apenas do ponto de vista desse comportamento, em outro ambiente, não seriam identificadas as queixas e preocupações com outras áreas do corpo (descritas por seus psiquiatras e freqüentes) e que não estavam relacionadas ou melhorariam com o escurecimento da pele.

A observação desses comportamentos parece apontar para uma



das razões que levam o TDC, apesar das evidências da alta prevalência em populações de Dermatologia e Cirurgia Plástica, a ser ainda pouco diagnosticado. Sendo assim, Phillips<sup>32</sup> sugere que se pergunte genericamente por todas as queixas com a aparência e, especificamente, qual é a causa da maior preocupação. Também ressalta que a atitude do médico é importante para o diagnóstico, considerando a vergonha e o constrangimento que os pacientes sentem. É fundamental ter cuidado para que a abordagem seja empática e séria, sem demonstrar juízo de valor ou considerar as queixas com a aparência como “ vaidade”.

Em relação aos resultados dos tratamentos, consideramos o grau de satisfação relatados pelos pacientes com os resultados. Entre os pacientes da Cosmiatria, 61,9% consideravam insatisfatórios os resultados dos tratamentos e com diferenças significativas, quando comparados ao grupo Geral. De fato, os tratamentos cosméticos clínicos ou cirúrgicos parecem raramente melhorar os sintomas do TDC<sup>38,115</sup>, mesmo que bem sucedidos do ponto de vista do médico. Os pacientes têm expectativas vagas e pouco realistas, as queixas dismórficas podem não melhorar, piorar (o paciente ainda se preocupa com o “ defeito” ou passa a se preocupar com os resultados do tratamento), ou ainda o paciente passa a focar sua queixa em outra área do corpo<sup>17,38,87</sup>. Também é comum que procurem um médico ou cirurgião “ melhor”, realizando múltiplos procedimentos<sup>20,115</sup>.

No estudo de Crerand et al.<sup>38</sup>, 91% dos pacientes não tiveram melhora dos sintomas do TDC. Embora 25% tenham relatado melhora da aparência, apenas 3,6% tiveram melhora dos sintomas do TDC. Nos pacientes que realizaram cirurgia plástica a discrepância foi ainda maior (35,1% : 1,3% respectivamente). Alguns pacientes relataram que o “ defeito” estava melhor

do que antes, mas que mantinham a preocupação ou tinham medo que (o “defeito”) piorasse novamente. Mesmo que os pacientes relatem melhora na aparência após o tratamento, os médicos devem ter consciência que os sintomas do TDC raramente melhoram após tratamentos cosméticos. Em alguns casos, os pacientes podem tornar-se litigiosos ou violentos, ameaçando ou colocando em risco os profissionais que os executam ou, em casos extremos, atentando contra a vida desses<sup>17,20,31</sup>. Em estudo prospectivo Tignol et al.<sup>57</sup> avaliaram 24 pacientes após cinco anos de cirurgia plástica cosmética. Destes, 10 tinham o TDC e sete foram operados; dos quatorze que não tinham o TDC, oito foram operados. A satisfação com os resultados em ambos os grupos foi elevada. No entanto, após cinco anos, seis pacientes com o TDC que foram operados ainda tinham esse diagnóstico e apresentavam alta morbidade e comorbidades psiquiátricas quando comparados com os que não tinham o TDC. Além do mais, no grupo que não tinha o TDC, três pacientes desenvolveram o transtorno. Segundo os autores, esse estudo prospectivo confirma que a cirurgia plástica cosmética não é eficiente na melhora do TDC, mesmo que o paciente se declare satisfeito (o que, para alguns cirurgiões, ainda pode justificar sua realização). Ressaltam também a importância do diagnóstico do TDC subclínico, uma vez que foram observados pacientes que desenvolveram o TDC e não tinham esse diagnóstico antes da cirurgia. Crerand et al.<sup>31</sup>, em artigo de revisão, apontam que recentemente tem sido observada a maior recusa dos profissionais em realizar tratamentos nesses pacientes (mesmo sem saberem seu diagnóstico). No estudo de Phillips et al.<sup>115</sup> em 35% (n = 785), dos tratamentos solicitados o médico julgou que o procedimento não era necessário e, no de Crerand et al.<sup>38</sup> em 21% (n = 528) dos procedimentos solicitados houve recusa do profissional em realizá-los<sup>38</sup>.

---

A entrevista com 265 cirurgiões plásticos revelou que 84% se recusariam a operar um paciente com suspeita de ter o TDC<sup>31</sup>.

Para os dermatologistas é importante também considerar a associação da presença do TDC ao uso da isotretinoína sistêmica, principalmente em relação à maior probabilidade de ideação e tentativas de suicídio. Na amostra de nosso estudo, três pacientes haviam recebido a medicação e não relataram sintomatologia suicida. O estudo de Crerand et al.<sup>38</sup> avalia a realização de tratamentos não psiquiátricos em pacientes com o TDC. Nesse estudo, 12% (n = 24) dos pacientes haviam utilizado essa medicação e 83,3% relataram histórico de ideação suicida e ainda 25% haviam tentado suicídio. Embora essas taxas sejam altas, são praticamente idênticas às observadas em pacientes com o TDC e que não usaram a isotretinoína. Em geral, os pensamentos e comportamentos suicidas são característicos dos indivíduos com o TDC<sup>99</sup>. Os autores argumentam que, por se tratar de estudo retrospectivo, não se pode afirmar que os sintomas suicidas foram desencadeados ou exacerbados pela isotretinoína. No entanto, ressaltam que apenas 3% dos pacientes tratados relataram melhora dos seus sintomas do TDC após o uso dessa medicação, da mesma forma que o observado em relação aos resultados das cirurgias plásticas.

Bowe et al.<sup>97</sup>, em minucioso estudo em pacientes dermatológicos mostram prevalência do TDC em 14,4 % dos pacientes com acne. No entanto, se aplicados critérios menos rigorosos (p. ex.: acne grau I ou II e, portanto, apresentando um “defeito” visível a uma distância de conversação) 21,1% dos pacientes teriam critérios para o diagnóstico do TDC. Com esse estudo, sugerem que o grau de impacto psicossocial causado pela acne muitas vezes é desproporcional a sua gravidade clínica real. Esse achado parece ser muito

razoável frente ao que os dermatologistas observam na clínica. Esses autores também mostram que os pacientes com acne e que já tomaram isotretinoína têm duas vezes mais chance de ter o TDC. Suas hipóteses para esses achados foram: que, provavelmente, os pacientes com o TDC procuram mais o tratamento com isotretinoína sistêmica; ou que o uso seria um marcador de quadros graves com maior prejuízo psicossocial e que, mesmo com a regressão completa e definitiva da acne, após o tratamento, os pacientes mantêm os sintomas psíquicos, “positivando” então para o diagnóstico do TDC; ou ainda que os pacientes com o TDC que foram tratados com isotretinoína, tenham preocupações com a recaída do quadro de acne.

Parece ser fundamental que os dermatologistas sejam treinados não só a diagnosticar o TDC, mas também a identificar pacientes subclínicos ou com queixas que sinalizem a presença do TDC. Os dermatologistas estão em uma posição estratégica para reconhecer os sintomas dos pacientes e conduzi-los ao tratamento apropriado. Como discutido anteriormente, o encaminhamento desses pacientes para o psiquiatra é difícil, uma vez que, por ter o nível de juízo crítico muitas vezes prejudicado, os pacientes não reconhecem que sua visão do defeito é distorcida e que as queixas com a aparência são devidas a um transtorno psiquiátrico.

### **5.7 Fatores associados à gravidade do Transtorno Dismórfico Corporal e ao nível de crença (juízo crítico)**

A regressão linear para estimar fatores que possam contribuir para a

maior gravidade do TDC sugere que entre esses estão: ser do sexo feminino, e/ou ter como comorbidades os Transtornos Alimentares ou de Humor. A presença do TOC parece influenciar no mesmo sentido. No entanto, esse resultado mostrou apenas uma “tendência” para a maior gravidade nesses pacientes. Essa tendência também foi observada em relação aos pacientes mais jovens (ou com menor idade).

Quanto ao nível de juízo crítico, a regressão linear nessa amostra mostrou que este, estava mais prejudicado nas pacientes do sexo feminino, nos pacientes ateus e sem religião e nos de etnia negra, pardos ou mulatos; e estava menos prejudicado nos pacientes com Transtornos Alimentares. Entretanto, é possível que esses resultados tenham sido influenciados pelo tamanho da amostra.

## **5.8 Fatores associados à presença de Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

A regressão logística realizada com o objetivo de identificar fatores que possam influenciar na presença do TOC em pacientes como o TDC, mostrou maior chance de apresentar essa associação os pacientes com cônjuge, e uma “tendência” para uma maior chance, nos pacientes com maior número de queixas dermatológicas.

## **5.9 Limitações do estudo**

Algumas limitações metodológicas merecem ser ressaltadas.

Uma das limitações desse estudo foi o fato da amostra ter sido coletada em hospital universitário localizado na cidade de São Paulo. Sendo assim, a maioria dos pacientes vive em região metropolitana, dificultando generalizar nossos resultados tanto para a comunidade quanto para outras regiões brasileiras ou de outros países.

É possível que o menor número de indivíduos na amostra de controles possa ter interferido no quanto esta foi representativa da população geral.

A avaliação do status ocupacional da amostra foi prejudicada porque um dos grupos avaliados era de pacientes funcionários do Hospital das Clínicas da FMUSP, portanto indivíduos empregados.

Embora nos últimos três anos tenham sido publicadas inúmeras pesquisas sobre o TDC, muitos aspectos desse transtorno ainda são controversos, mostrando resultados conflitantes entre os estudos, bem como ainda se discute sua classificação nos sistemas diagnósticos. Dessa forma alguns achados que hoje já estão um pouco mais estabelecidos na literatura, ainda não se encontravam descritos quando delineamos esse estudo e, portanto, não foram avaliados.

Nossa amostra envolveu o rastreamento de grande número de pacientes dermatológicos. No entanto, a casuística de pacientes com o diagnóstico do TDC foi relativamente pequena para realizar algumas análises comparadas entre grupos e subgrupos, principalmente se considerarmos outros estudos na literatura que foram realizados em serviços psiquiátricos especializados nesse transtorno e que investigaram grandes amostras de pacientes com o TDC. Ressaltamos que nossa amostra foi de pacientes dermatológicos, que não haviam sido investigados previamente em relação aos transtornos psiquiátricos e que não tinham o diagnóstico prévio do TDC.

Finalmente, a maioria dos dados dos tratamentos dermatológicos prévios foi obtida com os pacientes, retrospectivamente, o que provavelmente limita algumas conclusões.

### **5.10 Perspectivas futuras**

O TDC é transtorno psiquiátrico relativamente comum que causa prejuízo funcional. Os pacientes sentem vergonha de seus sintomas ou não tem consciência de se tratar de um transtorno psiquiátrico e, pensando que seu problema é cosmético, procuram tratamentos com especialistas nessa área o que raramente parece trazer benefícios. Este estudo foi o pioneiro na investigação sistemática da prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal nos pacientes dermatológicos no Brasil e fez uma extensão da investigação de outros aspectos desse transtorno nessa população.

Sendo assim, pretende-se que possa promover a conscientização e melhor conhecimento do TDC para os profissionais de saúde em geral, e aos que trabalham com a área de cosmiatria em particular.

As pesquisas em relação ao TDC deverão focar principalmente em estratégias que minimizem o pouco reconhecimento que se têm em relação a esse transtorno e a melhorar o seu diagnóstico. É imperativo que, clinicamente, os dermatologistas e outros profissionais da área de saúde sejam treinados a reconhecer e diagnosticar o TDC. A utilização dos questionários auto-aplicáveis pode ser de grande auxílio para o rastreamento de pacientes com o possível diagnóstico. Na abordagem dos pacientes deve ser enfatizado o aspecto psico-educacional. É de vital importância revelar o diagnóstico como se faz com qualquer outra patologia médica. Informar ao paciente que

ele parece ter um distúrbio na imagem corporal conhecido como Transtorno Dismórfico Corporal, e que ao contrário do que pensa, (ele) não tem um problema cosmético, mas sim em relação a sua imagem corporal, que faz com que esteja excessivamente preocupado e envolvido com a aparência física. Isso pode ser demonstrado ao paciente apontando as repercussões que as preocupações com a aparência têm na sua vida (p. ex.: o tempo despendido diariamente com essas preocupações). É também importante informar que o TDC é um transtorno conhecido, que afeta muitas pessoas, e que deve ser tratado por um especialista (i.e. um psiquiatra).

O manejo dos pacientes com o TDC é particularmente difícil e esses, em geral, relutam em aceitar o encaminhamento psiquiátrico uma vez que têm a firme crença de que seu defeito é real. No entanto, a avaliação e o encaminhamento precoce dos pacientes que parecem ser particularmente vulneráveis, como os que procuram tratamentos cosméticos, pode ser um passo crucial na prevenção e no tratamento deste transtorno.

Mais estudos são necessários para avaliar a prevalência do TDC em populações dermatológicas que tenham dermatoses específicas, ou nas que procuram algum procedimento cosmético específico (p.ex.: tratamentos com os lasers).

Também mais estudos são necessários acerca das características psicológicas dos pacientes que procuram os tratamentos cosméticos, que parecem aumentar continuamente, bem como buscar uma melhor delimitação entre as queixas cosméticas consideradas “normais” e as formas subclínicas do TDC.

Os estudos naturalísticos prospectivos podem ajudar na compreensão do papel dos tratamentos cosméticos no tratamento do TDC, principalmente



das formas menos graves. Também parece necessária a investigação das relações entre a realização de procedimentos mais agressivos e a gravidade do TDC, além da prevalência do TDC em adolescentes que procuram tratamentos cosméticos, considerando o seu pico de incidência na adolescência.

Finalmente as pesquisas devem focar na melhor compreensão da fisiopatologia, na identificação das comorbidades psiquiátricas associadas, e principalmente, objetivar a melhora do tratamento do TDC.

## 6. CONCLUSÕES

---

*“ O fantasma do espelho arrasta para fora minha carne e, do mesmo passo, todo o invisível de meu corpo pode investir os outros corpos que vejo. Doravante, meu corpo pode comportar segmentos extraídos dos dos outros como minha substância se transfere para eles: o homem é espelho para o homem. Quanto ao espelho, ele é o instrumento de uma universal magia que transforma coisas em espetáculos, os espetáculos em coisas, eu no outro e o outro em mim.”*

Maurice Merleau-Ponty

A análise dos resultados deste estudo permite-nos concluir que:

1. Foram observadas altas prevalências do TDC na amostra, maiores nos grupos de pacientes dermatológicos do que no grupo controle.
2. Foi maior a prevalência do TDC no grupo da Cosmiatria do que no grupo Geral e no grupo Controle.
3. Foi maior a prevalência em pacientes sem cônjuge, com menor IMC e com maior número de filhos.
4. O nível de crença (juízo crítico) em relação a sua queixa somática foi, em média, menor nos pacientes que procuraram tratamentos médicos cosméticos (Cosmiatria) e, nestes pacientes, foi maior a gravidade das obsessões.
5. Nenhum paciente com o TDC havia sido diagnosticado e tratado previamente desse transtorno por profissional de saúde mental.
6. Apenas um paciente não apresentou comorbidade psiquiátrica; o número médio de comorbidades foi de quatro; e a comorbidade mais freqüente foi o Transtorno Depressivo Maior.
7. Foi alta a prevalência dos Transtornos de Ansiedade e a do TOC foi compatível com a relatada na literatura. Os sintomas obsessivo-compulsivos mais freqüentes foram: simetria, ordem contagem e arranjo; contaminação e limpeza; e colecionismo.
8. As queixas dermatológicas mais freqüentes nos pacientes foram as discromias, seguidas de queixas relacionadas à acne, à forma do corpo e ao envelhecimento e, em média houve duas queixas dermatológicas.
9. Nem sempre o motivo da preocupação com o TDC coincidia com a queixa dermatológica principal ou com o objetivo do tratamento que estava sendo realizado.

10. Não houve diferenças entre as queixas dermatológicas ou do TDC entre os Grupos Cosmiatria e Geral; ou entre os subgrupos com o TDC ou com o TDC associado ao TOC.
11. No grupo Cosmiatria houve maior prevalência de pacientes que já tinham realizado tratamentos clínicos, procedimentos cosméticos e cirurgias plásticas e a maioria dos pacientes estava insatisfeita com os resultados desses tratamentos.
12. Foi maior a gravidade do TDC em pacientes do sexo feminino ou que apresentaram Transtornos Alimentares ou de Humor; e menor a gravidade do TDC em pacientes sem religião ou ateus ou com maior IMC. Os pacientes que tinham o TDC associado ao TOC ou eram mais jovens, apresentaram tendência para maior gravidade.
13. Apresentaram menor nível de juízo crítico os pacientes do sexo feminino, sem religião ou ateus, ou de etnia negra, pardos ou mulatos; e maior grau de juízo crítico os pacientes com Transtornos Alimentares.
14. Nos pacientes com cônjuge ou com maior número de comorbidades, houve maior chance de apresentar o TOC associado ao TDC. E os pacientes com maior número de queixas dermatológicas, apresentaram tendência para maior chance de ter o TOC associado ao TDC.

## 7. ANEXOS

---

## ANEXO A

### QUESTÕES COMPLEMENTARES PARA INVESTIGAÇÃO DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

- 1) Você costuma checar sua aparência em espelhos ou outras superfícies reflexivas como janelas?
- 2) Você evita espelhos porque não gosta de sua aparência?
- 3) Você costuma se comparar às outras pessoas e pensa que sua aparência é pior do que a delas?
- 4) Você costuma perguntar ou tem vontade de perguntar aos outros se você parece bem, ou se você parece bem como outras pessoas?
- 5) Você tenta convencer outras pessoas que tem alguma coisa com sua aparência mesmo que considerem que o problema não existe ou é mínimo?
- 6) Você passa muito tempo se cuidando ? (p.ex. penteando ou arrumando seu cabelo, fazendo maquiagem ou se depilando?)
- 7) Você gasta muito tempo para ficar pronta de manhã, ou se arruma freqüentemente durante o dia? Outras pessoas se queixam que você demora muito no banheiro?
- 8) Você mexe na sua pele para tentar deixá-la melhor?
- 9) Você tenta encobrir ou esconder partes do seu corpo com chapéus, roupas, maquiagem, óculos escuros, seus cabelos, suas mãos ou outras coisas? É difícil ficar entre outras pessoas quando você não fez estas coisas?
- 10) Você muda suas roupas freqüentemente, tentando achar uma forma que cubra ou melhora os aspectos que você não gosta em sua aparência? Você leva um longo tempo selecionando a roupa para o dia, tentando encontrar uma que faça você parecer melhor?
- 11) Você tenta esconder certos aspectos da sua aparência mantendo certa posição do corpo, p.ex., virando o seu rosto para outro lado dos outros? Você se sente desconfortável se não puder estar em suas posições preferidas?
- 12) Você pensa que outras pessoas reparam em você de modo negativo pela sua aparência? P.ex. quando você anda na rua, você pensa que os outros estão notando o que é pouco atrativo em você?
- 13) Você pensa que as outras pessoas estão pensando coisas negativas sobre você ou gozando pela maneira como você é? Você fica "paranóico (a)" com isso?
- 14) É difícil para você sair de casa, ou às vezes você deixa de sair de casa devido à seu aspecto?
- 15) Você freqüentemente mede partes do seu corpo, esperando que sejam menores, maiores ou mais simétricas como gostaria que fossem?
- 16) Você passa muito tempo lendo sobre seus problemas de aparência na esperança

que possa reafirmar-se para você mesma sobre como você se parece ou encontrar uma solução para o seu problema?

- 17) Você já quis fazer cirurgia plástica cosmética, tratamentos dermatológicos ou outros tratamentos médicos para “consertar” sua aparência mesmo que outras pessoas (amigos, médicos) lhe digam que estes tratamentos são desnecessários? Os cirurgiões já se mostraram relutantes em realizar cirurgia cosmética, dizendo que o seu defeito é bem menor ou que têm medo que você não fique satisfeita com o resultado?
- 18) Você já realizou cirurgia cosmética e ficou desapontada com os resultados? Ou você já realizou várias cirurgias, esperando que com o próximo procedimento seus problemas de aparência serão finalmente “consertados”?
- 19) Você trabalha muito para melhorar sua aparência?
- 20) Você faz dieta mesmo quando as pessoas lhe dizem que não é necessário?
- 21) Você evita que uma foto sua seja batida por estar muito “mal”?
- 22) Você se atrasa para as coisas porque se preocupa por não estar “ok” ou porque está tentando consertar um problema de aparência?
- 23) Você fica deprimido ou ansioso devido à sua aparência?
- 24) Você sente que a vida não vale a pena devido à sua aparência?
- 25) Você fica muito frustrado ou com raiva pela sua aparência?
- 26) Você leva muito tempo para fazer as coisas porque você se distrai com suas preocupações com a aparência ou comportamentos relacionados com a checagem no espelho?
- 27) Você se sente mais confortável em sair à noite, ou sentar em uma parte escura da sala, porque seus defeitos serão menos visíveis?
- 28) Você fica muito ansioso ou tem ataques de pânico quando olha no espelho e se vê?

## ANEXO B

### ANEXO B. 1

#### MÓDULO DIAGNÓSTICO PARA O TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (Desenvolvido por K. Phillips – SCID-like)

- 1) Alguma vez você já esteve muito preocupado com sua aparência de alguma maneira? Se “sim”: Qual era sua queixa? Você pensava que esta parte do corpo era especialmente sem atrativos?
- 2) O que você pensa da aparência de sua face, pele, cabelo, nariz ou forma/tamanho ou outro aspecto de alguma parte do seu corpo?
- 3) Este defeito já te preocupou? Ou seja, você pensa muito sobre isto e desejaria que pudesse se preocupar menos? (Alguma vez outras pessoas já disseram que você estava mais preocupada com o “defeito” do que você deveria?)

A – Preocupação com um defeito imaginário na aparência. Se uma pequena anomalia está presente, a preocupação da pessoa é marcadamente excessiva.

Nota: Dê alguns exemplos mesmo que a pessoa responda não a estas questões.

P. ex. Queixas da pele (acne, cicatrizes, rugas, palidez), cabelos (finos), ou forma ou tamanho do nariz, mandíbula, lábios, etc. Também considere defeitos perceptíveis das mãos, genitais ou outra parte do corpo.

- 1) Qual o efeito que estas preocupações têm na sua vida? Causa muito estresse?
- 2) Estas preocupações têm/tiveram algum efeito sobre seus amigos ou familiares?

B – A preocupação causa estresse clinicamente significativo ou dificuldades/prejuízo na esfera social, ocupacional ou outras áreas do funcionamento?

Nota: Se um mínimo defeito estiver presente, a preocupação é claramente excessiva.

Se a preocupação pode ser atribuída à Anorexia Nervosa, não diagnostique TDC.

C - A preocupação não é melhor explicada por outra doença mental (p. ex a insatisfação com o tamanho/formato do corpo na anorexia nervosa)

**Ref:** Phillips, K.A. The broken mirror: understanding and treating Body Dysmorphic Disorder. New York:Oxford University Press, 1996<sup>13</sup>.



---

**ANEXO B. 2****QUESTÕES DE TRIAGEM PARA TDC****Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ)**

Nome:

Este questionário investiga preocupações com a aparência física. Por favor, leia cada questão cuidadosamente e faça um círculo na resposta que melhor descreve sua experiência. Também escreva nas questões que for solicitado.

1) Você já esteve ou está atualmente muito preocupado com alguma parte do seu corpo que considera feia ou especialmente sem atrativos?

SIM                      NÃO

**Se sim:** Como ocorrem estas preocupações? Você pensa muito sobre elas e gostaria de poder pensar menos sobre isto?

SIM                      NÃO

**Se sim:** Quais são elas?

---

Exs: Pele (acne, cicatrizes, rugas, palidez, vermelhidão); Cabelos (perda de cabelos ou afinamento dos mesmos); Formato / tamanho do nariz, boca, mandíbula, lábios, estômago, etc; ou Defeitos nas mãos, genitais, mamas, ou outra parte do corpo.

**Se sim:** O que especificamente incomoda você sobre a aparência desta parte do corpo? Explique em detalhes

---

2) A sua maior preocupação com sua aparência é quanto ao seu peso, ou seja, que você gostaria de ser mais magro(a) ou que você pode se tornar muito gordo (a)?

SIM                      NÃO

3) Qual o efeito que esta preocupação com a aparência tem na sua vida?

a) Este defeito causa á você muito estresse, tormento ou dor?

SIM                      NÃO

b) Interfere significativamente na sua vida social?

SIM                      NÃO



**ANEXO B. 3****QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR PARA RASTREAMENTO DE SINTOMAS ASSOCIADOS AO TDC**

1. Você já teve ou têm o hábito de puxar os cabelos? (Anotar os locais, idade)  
SIM                      NÃO

2. Você cutuca sua pele? P.ex.: a pele em volta das unhas, apertar a pele para “retirar” cravos e espinhas, machucar a si mesmo ou piorar machucados já existentes? Alguma vez você beliscou, coçou ou espremeu sua pele repetidamente ou ocupou-se em arrancar sua “pele morta” com frequência? Você rói suas cutículas?  
SIM                      NÃO

3. Alguma vez você já foi incomodado (a) por pensamentos que não faziam o menor sentido e que continuavam vindo à sua mente mesmo quando você tentava não tê-los? Que você não consegue parar de pensar e incomodam?

Que pensamentos são/eram estes?

Você tenta ignorar, suprimir ou neutralizá-los com outro pensamento?

Você reconhece que são produtos da sua mente?

**OBSESSÕES:** Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam certa ansiedade ou sofrimento (agressão, contaminação, sexual, colecionamento, simetria e exatidão, somáticas).

4. Já existiu alguma coisa que você tinha que fazer várias vezes e que não conseguia evitar, como lavar as mãos, contar até certo número ou verificar alguma coisa várias vezes para ter certeza que fez certo? Você têm/tinha consciência de que é exagerado?

**COMPULSÕES:** Comportamentos repetitivos ou atos mentais que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. São comportamentos que você tem para aliviar uma idéia ou diminuir uma ansiedade/ agitação, mas não tem uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar, ou são claramente excessivos (limpeza e lavagem, verificação, repetição, contagem, ordenação, colecionamento).

5. Você tem rituais mentais?

**RITUAIS MENTAIS:** São comportamentos que você faz na cabeça (p.ex. Tenho que rezar 5 pai-nosso quando a porta bate porque senão alguém vai morrer...)

6. Você sabe o que são tiques? Cacoetes? Você já teve ou têm tiques motores ou vocais?  
SIM                      NÃO

7. OUTRAS (necessidade de tocar, comportamentos supersticiosos)

CASO SIM: descreva os prováveis pensamentos e compulsões obsessivas

8. Você já teve diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo? Quando? Por quem?

9. Você já teve outro sintoma ou doença psiquiátrica?

## ANEXO B. 4

## TRIAGEM DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS (SCID)

	Não	Sim	Quando?	Atual?
1 - Alguma vez você sentiu-se triste, desanimado (a), deprimido (a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo ou menos duas semanas?				
2 - Alguma vez você perdeu o interesse ou o prazer pelas coisas que você costumava gostar? Se sim, isso acontecia quase todos os dias? Durou pelo ou menos duas semanas?				
3 - Alguma vez você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a) a maior parte do tempo, na maioria dos dias? Se sim, isso durou pelo ou menos dois anos? Ao longo desse período, sentiu-se bem durante dois meses ou mais? (DISTIMIA)				
4 - Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou as pessoas à sua volta pensaram que você não estava no seu estado habitual?				
5 - Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava pessoas sem motivo, gritava ou chegava a brigar com pessoas que não eram da sua família? Você ou outras pessoas achou(aram) que você estava mais irritável, comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável? (HIPOMANIA)				
6 - Alguma vez acreditou que as pessoas estavam falando sobre você ou prestando muita atenção em você? Você estava convencido ou poderia ser imaginação?				
7 - E quanto a alguém fazer alguma coisa só para chateá-lo ou tentar prejudicá-lo?				
8 - Alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal?				
9 - Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra pessoa?				
10 - Ou que havia algo errado com sua aparência?				
11 - Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? E ver coisas que as outras pessoas não podiam ver, por exemplo: visões ou vultos?				
12 - Às vezes, algumas coisas que acontecem com as pessoas causam um grande transtorno – coisas como estar em uma situação de risco de vida, como um grande desastre, incêndio ou acidente muito sério; ser fisicamente violentado(a) ou estuprado(a); ver outra pessoa morta ou sendo morta, ou gravemente ferida, ou ouvir algo terrível que aconteceu a alguém próximo a você. Em qualquer momento da sua vida, alguma coisa dessas aconteceu com você?				
13 - Já houve algum momento na sua vida em que você bebia 5 ou mais copos de cerveja, vinho ou doses de outras bebidas em apenas uma ocasião?				
14 - Alguma vez já usou drogas?				
15 - Alguma vez você já ficou viciado(a) em um medicamento prescrito ou usou mais do que você deveria usar?				
16 - Alguma vez você já teve um ataque de pânico? De repente se sentiu assustado(a) ou ansioso(a) ou desenvolveu sintomas físicos (palpitações, muito suor, tremores, dificuldade de respirar, abafamento, nó na garganta, dor ou aperto no peito, náuseas, dor de estômago ou diarreia repentina, tontura ou sensação de desmaio, medo de enlouquecer, perder o controle ou morrer, sensação de que as coisas ao seu redor eram estranhas ou irrealis, dormências ou formigamento no corpo, ondas de frio ou calor)?				

	Não	Sim	Quando?	Atual?
17- Alguma vez você já sentiu medo de sair de casa sozinho(a), ficar no meio de multidões, ficar em uma fila, ou viajar de ônibus ou avião?				
18 - Já houve algum período em que você teve medo de fazer certas coisas (ou se sentiu desconfortável fazendo na frente de outras pessoas) como falar, comer ou escrever?				
19 - Já houve algum período em que você teve muito medo de viajar de avião, ver sangue, tomar uma injeção, alturas, lugares fechados ou certos tipos de animais ou insetos?				
20 - Você alguma vez foi incomodado (a) por pensamentos que não faziam o menor sentido e que continuavam vindo à sua mente mesmo quando você tentava não tê-los?				
21 - Já houve algum período em que você esteve excessivamente nervoso(a), ansioso(a) ou preocupado(a)? Se sim, isso durou pelo menos 6 meses?				
22 - Já houve alguma vez em que você pesava muito menos do que as outras pessoas achavam que você deveria pesar? Você continuava se achando gordo(a) apesar dos outros dizerem o contrário?				
23 - Já houve algum momento em que sua forma de comer estava fora de controle?				
24 - Já houve algum momento em que você teve muitos problemas ou sintomas físicos para os quais um diagnóstico preciso não foi achado? Se sim, isto aconteceu antes dos 30 anos de idade?				
25 - Já houve algum momento em que você esteve excessivamente preocupado(a) ou com medo de ter uma doença física grave, mesmo que o médico tenha assegurado de que estava tudo bem com você? Se sim, isso durou pelo menos 6 meses?				
26 - Você já perdeu o controle da sua raiva, resultando em bater, ameaçar alguém ou danificar algo?				
27 - Você já roubou alguma vez na vida coisas das quais não precisava?				
28 - Alguma vez você provocou deliberadamente um incêndio?				
29 - Você alguma vez já jogou apostando dinheiro ou outros itens de valor?				
30 - Você já arrancou cabelo ou pêlos de alguma parte do seu corpo?				
31 - Você já sentiu que o seu ato de comprar estava fora de controle?				
32 - Você já sentiu alguma vez que seu comportamento sexual era compulsivo ou excessivo?				
33 - Alguma vez você sentiu que seu uso da Internet estava fora de controle?				

**Ref.: Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID)**, versão 2.0 para pacientes (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-patient edition – SCID-I/P*, FIRST et al., 1995), traduzida para o português por TAVARES, versão em adaptação.

## ANEXO B. 5

## ESCALA DIMENSIONAL PARA AVALIAÇÃO DE PRESENÇA E GRAVIDADE DE SINTOMAS OBSESSIVO – COMPULSIVOS (DY-BOCS)

### Dimensão VI – Obsessões e Compulsões Diversas

Perguntas 82 e 83

#### Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
				82. Tenho preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física. Por exemplo, preocupação com a aparência, segurança ou funcionamento do rosto, orelhas, nariz, olhos ou alguma outra parte do corpo. Preocupação de que uma parte do corpo seja muito feia ou deformada, apesar dos outros afirmarem o contrário.
				83. Verifico coisas relacionadas a obsessões sobre aparência. Por exemplo, procuro reasseguramento sobre a aparência com amigos. Verificar repetidamente se há odores em seu corpo ou verificar a aparência (rosto ou outros pontos do corpo) procurando por aspectos feios. Necessidade de se arrumar continuamente ou comparar alguns aspectos de seu corpo com os do corpo de outra pessoa; você pode ter que vestir certas roupas em determinados dias. Ser obcecado com o peso.

### B. Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões Diversas

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens? Sim Não (Circule um)

Se você circulou "**sim**", qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana?

\_\_\_\_\_ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar **somente** nestas obsessões e compulsões diversas enquanto responde as próximas questões.

**1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. \_\_\_\_\_ Avaliação (1-10)

**2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões.

**3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>0 = Nenhum</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1 = Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

**4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas dessa dimensão (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação).

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>0 = Nenhum incômodo</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1 = Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2 = Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>3 = Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>4 = Grave</b> – incomoda muito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>5 = Extremo</b> – incômodo quase constante e muito intenso.

**5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>0 = Nenhuma interferência</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1 = Mínima</b> , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2 = Média</b> , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>3 = Moderada</b> , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>4 = Interferência Grave</b> , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>5 = Interferência Extrema</b> , incapacitante.

**Ref: Protocolo de Pesquisa do PROTOC.** Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil, Versão 01/2004. Euripedes C. Miguel, Maria Conceição do Rosário-Campos, Roseli G. Shavitt, Ana Gabriela Hounie, Antônio Carlos Lopes, Juliana B. Diniz, Priscila Chacon; Maria Alice de Mathis; Maria Eugênia de Mathis.



## ANEXO C

### VINHETAS CLÍNICAS

Exemplos de casos avaliados no estudo. Os relatos e diagnósticos correspondentes se limitam aos relacionados ao Transtorno Dismórfico Corporal.

#### 1) Paciente 2/E, 19 anos, auxiliar de triagem bancária

Paciente segue na dermatologia desde 2003, em tratamento para as cicatrizes de acne. Fez em clínicas privadas tratamentos tópicos e antibioticoterapia na adolescência. No ambulatório da Dermato fez isotretinoína oral, subincisão, “peelings” químicos e atualmente faz aplicações de laser de CO2 para melhora das cicatrizes. Está constantemente insatisfeita com os resultados do tratamento. Não gosta do seu rosto desde os 14 anos. Em 2004, fez tratamento para depressão utilizando fluoxetina (20mg/dia). A depressão veio pelo descontentamento pela pele (sic). Nunca fez plástica. Usa franja constantemente para esconder o rosto e as cicatrizes. Mantém-se de perfil em relação às outras pessoas para que não vejam as cicatrizes. Evita fazer amizades. Quando sai para trabalhar usa o cabelo no rosto. Ouve comentários desagradáveis.

- TDC: início 15 anos

-Interferência: Causa estresse, interfere na vida social, no funcionamento, evita fazer amizades, não atrapalha rotina.

- Tempo gasto: 1 a 3 horas/dia

- HM: ndn

- Comorbidades: EDMP (aos 14 anos)

Transtorno Distímico Atual (aos 17 anos)

TEPTP (aos cinco anos episódio de abuso sexual pelo pai)

- DY-BOCS: P 18/ A 18

Dimensões

6) Diversas (TII, 9) (82,83) (15 anos e atual), gravidade 8, 1-3 hs/dia, incomoda moderado, interferência moderada)

ACP: Moderado. As O/C estão associadas a alguns problemas evidentes na auto-estima, na vida social, aceitação familiar ou no funcionamento profissional. Episódios de disforia, períodos de tensão constante ou desavenças familiares. Interferência periódica na escola ou performance profissional pelas O/C

CI:1

- BDD-Y-BOCS: 10 e 12 = 22

- BABS 13 (DR : 0, CP: 1 boa capacidade de crítica)

AVALIAÇÃO DERMATOLÓGICA

ED: paciente fototipo II, apresentando lesões cicatriciais na face, não distensíveis. Ausência de lesões distensíveis, de “ice pickings” ou lesões em ponte. Cicatrizes de acne consideradas leves.

EG : 2 (defeito mínimo ou muito leve presente)



Paciente 7/E



## 2) Paciente 7/E, 39 anos, orientadora social

Paciente preocupa-se com o rosto que é assimétrico. Operou o nariz em 1983 (com 15 anos) que acreditava ser achatado. Procurou médico que viu na televisão que colocou uma prótese em seu nariz sem avisá-la. Esta prótese apresentou rejeição e precisou passar por quatro cirurgias reparadoras. Além do nariz, acha que o seu olho é assimétrico e que está ficando velha. Não foi á formatura do irmão por causa do seu defeito. Teve ideação suicida e inclusive preparou fórmulas para se matar, mas não tentou. Também por causa do defeito, não namorava e nunca ia á praia. Hoje vive na casa dos pais e teve um filho com um homem com o qual ela não vive, mas planejam viver juntos. Ela cria o filho.

TDC: início 9 anos

Pergunta 3: estresse, vida social, funcionamento, evita, rotina.

Tempo gasto: 5 hs/dia

HM – gastrite e lordose. AP - Estupro aos 17 anos

Comorbidades – EDMP (18 anos)

EMP (24 anos) quando estava em uso de Clomipramina, apresentou sintomas psicóticos.

Transtorno Bipolar I devido á CMG ?

TB I devido a CMG (18 anos), em remissão parcial, modo de instalação agudo e evolução crônica.

TOC ( 9 anos)

TEPT A (17 anos)

TI (comprar P (30 anos), sexual P (18 anos))

DY-BOCS – 24 / 18

Dimensões

1) Agressão (TII,9): tenho obsessões de que eu posso me ferir (23 anos e atual), de que eu posso ferir outras pessoas (23 anos e atual), de que vou ferir outras pessoas sem querer (23 anos e atual), de que posso ser responsável ou responsabilizado por algo terrível que aconteça.

(gravidade 8, 1 – 3 hs/dia, incômodo moderado, interferência grave)

2 Sexuais e religiosas (TII,9): tenho pensamentos, imagens ou impulsos impróprios ou proibidos (10 anos e atual), tenho medo ou preocupação de dizer certas coisas (10 anos e atual) (gravidade 6, 1-3 hs/dia, moderado incômodo e moderada interferência)

3) Simetria (TII, 9): tenho obsessões sobre a necessidade das coisas estarem perfeitas ou exatas(15 anos e atual), sobre simetria (9 anos e atual), rituais de ordenação e arranjo (15 anos e atual)

(gravidade 5, 1-3 hs/dia, incômodo moderado, interferência moderada)

4) Limpeza (TII, 9): tenho lavagem ritualizada ou excessiva das mãos (9 anos e atual), tomo duchas, banhos, escovação de dentes (15 anos e atual), tenho preocupação excessiva ou nojo de itens da casa (15 anos e atual)

(gravidade 7, 1-3hs/dia, incômodo moderado, interferência moderada)

5) Colecionismo passado (9 – 25 anos, colecionar ou guardar objetos)

6) Diversas (TII,9): tenho preocupações com doença ou enfermidade ( 17 anos e atual), rituais de verificação relacionados com obsessões sobre doenças (25 anos e atual), medos supersticiosos ( 15 anos e atual), comportamentos supersticiosos (15 anos e atual), obsessões e compulsões sobre cores com significado especial (15 anos e atual), faço listas mais que preciso (16 anos e atual), 82 e 83 (9 anos e atual)

(gravidade 9, considera a pergunta 82 a mais grave, 1-3hs/dia, moderado incômodo, moderada interferência)

ACP: Moderado. As O/C estão associadas a alguns problemas evidentes na auto-estima, na vida social, aceitação familiar ou no funcionamento profissional. Episódios de disforia, períodos de tensão constante ou desavenças familiares. Interferência periódica na escola ou performance profissional pelas O/C

CI: 1

Y-BOCS – 16 / 16 = 32

BABS – 15 (DR: 0, CP: 2, razoável capacidade de crítica). Obsessões com assimetria do rosto.

#### EXAME DERMATOLÓGICO

Paciente preocupa-se com o rosto que é assimétrico, acha que está ficando velha, que as bochechas são caídas. Gostaria de melhorar a flacidez do rosto.

ED: discreta assimetria da face

EG: 2 (Defeito mínimo ou muito leve presente)



Paciente 7/E

## ANEXO D - Tabelas Anexas

TABELA D1 - Comparação das perguntas do questionário de triagem entre os grupos

	Cosmiatria		Geral		Controle		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Muito Preocupado</b>									0,000
Não	50	33,3%	91	60,7%	41	82,0%	182	52,0%	
Sim	100	66,7%	59	39,3%	9	18,0%	168	48,0%	
<b>Pensar Menos</b>									0,000
Não	96	64,0%	121	80,7%	47	94,0%	264	75,4%	
Sim	54	36,0%	29	19,3%	3	6,0%	86	24,6%	
<b>Preocupado Peso</b>									0,612
Não	136	90,7%	132	88,0%	47	94,0%	315	90,0%	
Sim	14	9,3%	18	12,0%	3	6,0%	35	10,0%	
<b>Efeito Preocupação</b>									0,005
Não	116	77,3%	128	85,3%	49	98,0%	293	83,7%	
Sim	34	22,7%	22	14,7%	1	2,0%	57	16,3%	
<b>Stress</b>									0,010
Não	119	79,3%	130	86,7%	49	98,0%	298	85,1%	
Sim	31	20,7%	20	13,3%	1	2,0%	52	14,9%	
<b>Vida Social</b>									0,012
Não	122	81,3%	134	89,3%	49	98,0%	305	87,1%	
Sim	28	18,7%	16	10,7%	1	2,0%	45	12,9%	
<b>Funcionamento</b>									0,038
Não	129	86,0%	135	90,0%	50	100,0%	314	89,7%	
Sim	21	14,0%	15	10,0%	0	0,0%	36	10,3%	
<b>Evita Fazer Coisas</b>									0,000
Não	106	70,7%	124	82,7%	49	98,0%	279	79,7%	
Sim	44	29,3%	26	17,3%	1	2,0%	71	20,3%	
<b>Rotina Alterada</b>									0,137
Não	132	88,0%	139	92,7%	49	98,0%	320	91,4%	
Sim	18	12,0%	11	7,3%	1	2,0%	30	8,6%	
<b>Tempo Gasto</b>									0,000
Negativo	48	32,0%	91	60,7%	40	80,0%	179	51,1%	
< 1h	76	50,7%	42	28,0%	9	18,0%	127	36,3%	
1h - 3h	20	13,3%	16	10,7%	0	0,0%	36	10,3%	
> 3h	6	4,0%	1	0,7%	1	2,0%	8	2,3%	
<b>Tricotilomania</b>									0,274
Não	130	86,7%	135	90,0%	48	96,0%	313	89,4%	
Sim	20	13,3%	15	10,0%	2	4,0%	37	10,6%	
<b>Skin Picking</b>									0,061
Não	97	64,7%	115	76,7%	39	78,0%	251	71,7%	
Sim	53	35,3%	35	23,3%	11	22,0%	99	28,3%	
<b>Obsessões</b>									0,185
Não	121	80,7%	132	88,0%	45	90,0%	298	85,1%	
Sim	29	19,3%	18	12,0%	5	10,0%	52	14,9%	
<b>Compulsões</b>									0,016
Não	119	79,3%	132	88,0%	48	96,0%	299	85,4%	
Sim	31	20,7%	18	12,0%	2	4,0%	51	14,6%	
<b>Rituais Mentais</b>									0,422
Não	142	94,7%	145	96,7%	50	100,0%	337	96,3%	
Sim	8	5,3%	5	3,3%	0	0,0%	13	3,7%	
<b>TICS</b>									0,383
Não	132	88,0%	136	90,7%	48	96,0%	316	90,3%	
Sim	18	12,0%	14	9,3%	2	4,0%	34	9,7%	
<b>Diagnóstico TOC</b>									0,969
Não	148	98,7%	148	98,7%	50	100,0%	346	98,9%	
Sim	2	1,3%	2	1,3%	0	0,0%	4	1,1%	

n: frequência observada, p-valor: nível descritivo do teste qui-quadrado

**TABELA D2** - Comparação de variáveis demográficas categóricas entre os pacientes com e sem TDC

	Sem TDC		Com TDC		p-valor
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					0,358
Feminino	251	78,9%	28	87,5%	
Masculino	67	21,1%	4	12,5%	
<b>Estado Civil</b>					0,008
Sem Conjuge	122	38,4%	20	62,5%	
Com Conjuge	196	61,6%	12	37,5%	
<b>Religião</b>					0,998
Católico	173	54,4%	19	59,4%	
Espírita	28	8,8%	2	6,3%	
Protestante	4	1,3%	0	0,0%	
Ateu	4	1,3%	1	3,1%	
Evangélico	69	21,7%	6	18,8%	
Sem Religião	29	9,1%	4	12,5%	
Outra	11	3,5%	0	0,0%	
<b>Etnia</b>					0,140
Branca	194	61,0%	12	37,5%	
Negra	46	14,5%	7	21,9%	
Amarela	3	0,9%	0	0,0%	
Parda/Mulata	75	23,6%	12	37,5%	
Outros	0	0,0%	1	3,1%	
<b>Gêmeo</b>					0,340
Não	312	98,1%	30	93,8%	
Sim	6	1,9%	2	6,3%	
<b>Adotado</b>					0,014
Não	317	99,7%	30	93,8%	
Sim	1	0,3%	2	6,3%	
<b>Escolaridade</b>					0,551
Fundamental	82	25,8%	5	15,6%	
Médio	148	46,5%	16	50,0%	
Superior	76	23,9%	11	34,4%	
Pós Graduação	12	3,8%	0	0,0%	
<b>Ocupação Atual</b>					0,892
Nunca Trabalhou	6	1,9%	0	0,0%	
Empregado	195	61,3%	17	53,1%	
Desempregado	24	7,5%	4	12,5%	
Aposentado/Afastado	45	14,2%	8	25,0%	
Do Lar	29	9,1%	2	6,3%	
Estudante	15	4,7%	1	3,1%	
Outros	4	1,3%	0	0,0%	
<b>ABIPEME</b>					0,863
A	4	1,3%	1	3,1%	
B	134	42,1%	11	34,4%	
C	145	45,6%	17	53,1%	
D	34	10,7%	2	6,3%	
E	1	0,3%	1	3,1%	

n: frequência observada, p-valor: nível descritivo do teste qui-quadrado

**TABELA D3 - Comparação da gravidade de cada dimensão do DY-BOCS entre os pacientes com TDC nos grupos**

	Cosmiatria		Geral		p-valor
	média	e.p.	média	e.p.	
<b>Dimensão 1</b>	1,43	0,82	0,80	0,80	0,717
<b>Dimensão 2</b>	0,43	0,43	0,50	0,50	0,620
<b>Dimensão 3</b>	2,43	0,79	1,80	1,02	0,639
<b>Dimensão 4</b>	3,00	0,96	1,60	0,95	0,458
<b>Dimensão 5</b>	1,19	0,36	0,80	0,44	0,552
<b>Dimensão 6</b>	10,29	0,35	9,50	0,37	0,177
<b>Total</b>	20,71	0,85	18,40	0,72	0,109

n: frequência observada, e.p.: erro padrão, p-valor: nível descritivo do teste de Mann-Whitney

**TABELA D4 - Comparação de variáveis demográficas categóricas entre os pacientes com TDC e TDC associado ao TOC**

	TDC		TDC+TOC		p-valor
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					0,788
Feminino	16	88,9%	12	85,7%	
Masculino	2	11,1%	2	14,3%	
<b>Estado Civil</b>					0,017
Sem Conjuge	15	83,3%	5	35,7%	
Com Conjuge	3	16,7%	9	64,3%	
<b>Religião</b>					0,784
Católico	10	55,6%	9	64,3%	
Espírita	0	0,0%	2	14,3%	
Ateu	0	0,0%	1	7,1%	
Evangélico	5	27,8%	1	7,1%	
Sem Religião	3	16,7%	1	7,1%	
<b>Etnia</b>					0,953
Branca	8	44,4%	4	28,6%	
Negra	4	22,2%	3	21,4%	
Amarela	0	0,0%	0	0,0%	
Parda/Mulata	6	33,3%	6	42,9%	
Outros	0	0,0%	1	7,1%	
<b>Gêmeo</b>					0,581
Não	16	88,9%	14	100,0%	
Sim	2	11,1%	0	0,0%	
<b>Adotado</b>					0,581
Não	17	94,4%	13	92,9%	
Sim	1	5,6%	1	7,1%	
<b>Escolaridade</b>					0,914
Fundamental	2	11,1%	3	21,4%	
Médio	10	55,6%	6	42,9%	
Superior	6	33,3%	5	35,7%	
<b>Ocupação Atual</b>					0,928
Empregado	9	50,0%	8	57,1%	
Desempregado	3	16,7%	1	7,1%	
Aposentado/Afastado	5	27,8%	3	21,4%	
Do Lar	0	0,0%	2	14,3%	
Estudante	1	5,6%	0	0,0%	
<b>ABIPEME</b>					0,876
A	1	5,6%	0	0,0%	
B	5	27,8%	6	42,9%	
C	11	61,1%	6	42,9%	
D	0	0,0%	2	14,3%	
E	1	5,6%	0	0,0%	

n: frequência observada, p-valor: nível descritivo do teste qui-quadrado

**TABELA D5** - Comparação de variáveis demográficas contínuas entre os pacientes com TDC e TDC associado ao TOC

	TDC		TDC+TOC		p-valor
	média	e.p.	média	e.p.	
<b>Idade</b>	38,72	2,42	39,57	3,30	0,834
<b>Peso</b>	60,17	2,16	66,00	2,87	0,148
<b>Altura</b>	1,64	0,02	1,66	0,02	0,469
<b>IMC</b>	22,30	0,81	23,95	0,85	0,095
<b>Nº de Filhos</b>	1,00	0,37	1,93	0,49	0,087

e.p.: erro padrão, p-valor: nível descritivo do teste Mann-Whitney.

**TABELA D6** - Comparação das queixas dermatológicas entre os pacientes com TDC e TDC associado ao TOC

Queixas Dermatológicas	TDC		TDC+TOC		p-valor
	n	%	n	%	
Discromias	9	50,0%	6	42,9%	0,964
Acne	6	33,3%	4	28,6%	1,000
Envelhecimento	4	22,2%	3	21,4%	1,000
Corpo	5	27,8%	4	28,6%	1,000
Cabelos	5	27,8%	1	7,1%	0,304
Alterações Constitucionais	5	27,8%	4	28,6%	1,000
Tumores Benignos	1	5,6%	0	0,0%	1,000
Eczemas	4	22,2%	0	0,0%	0,178
Micoses Superficiais	1	5,6%	0	0,0%	1,000

n: frequência observada, p-valor: nível descritivo do teste qui-quadrado

**TABELA D7** - Comparação dos tratamentos prévios e atuais entre os pacientes com TDC e TDC associado ao TOC

	TDC		TDC+TOC		p-valor
	n	%	n	%	
Tratamento Clínico Prévio	7	38,9%	7	50,0%	0,788
Tratamento Clínico Atual	11	61,1%	8	57,1%	1,000
Cirurgia Cosmiatria Prévia	8	44,4%	7	50,0%	1,000
Cirurgia Plástica Prévia	3	16,7%	4	28,6%	0,706
<b>Resultados dos Tratamentos</b>					<b>0,859</b>
Nunca fez	6	33,3%	6	42,9%	
Satisfatório	3	16,7%	2	14,3%	
Insatisfatório	9	50,0%	6	42,9%	

n: frequência observada, p-valor: nível descritivo do teste qui-quadrado

## 8. REFERÊNCIAS

---



1. Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*. 2004;1(1):99-111.
2. Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image* 2008;5(1):50-8.
3. Crerand CE, Infield AL, Sarwer DB. Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plast Surg Nurs*. 2007;27(3):146-54.
4. Harth W, Hermes B. Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007;5(9):736-43.
5. Thompson CM, Durrani AJ. An increasing need for early detection of body dysmorphic disorder by all specialties. *J R Soc Med*. 2007;100(2):61-2.
6. Finger C. Brazilian beauty. *Lancet* 2003;362(9395):1560.
7. Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. *Facial Plast Surg*. 2003;19(1):7-18.
8. Harth W, Seikowski K, Hermes B, Gieler U. New lifestyle drugs and somatoform disorders in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(2):141-9.
9. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998;101(6):1644-9.
10. Phillips KA. Placebo-controlled study of pimozide augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):377-9.
11. Cash TF, Phillips KA, Santos MT, Hrabosky JI. Measuring "negative body image": validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*. 2004;1(4):363-72.
12. Phillips KA, Dufresne RG, Jr., Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol*.

- 2000;42(3):436-41.
13. Phillips, K.A. The broken mirror: understanding and treating Body Dysmorphic Disorder. New York:Oxford University Press, 1996.
  14. Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthetic Plast Surg.* 2008;32(3):473-84.
  15. Phillips KA, Kaye WH. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr.* 2007;12(5):347-58.
  16. Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E. Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. *Br J Plast Surg.* 1960;13:136-45.
  17. Cotterill JA. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin.* 1996;14(3):457-63.
  18. Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol.* 2000;1(4):235-43.
  19. Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics.* 1992;33(2):156-65.
  20. Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D, Frare F, Di Vaio S, Cassano GB. Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(9):578-82.
  21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.

22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1987.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1994.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
25. World Health Organization. International Classification of Mental and Behavioural Disorders. Tenth revision (ICD 10) Geneva: WHO, 1992.
26. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2005;17(4):205-10.
27. Simeon D, Hollander E, Stein DJ, Cohen L, Aronowitz B. Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(8):1207-9.
28. Hounie AG, Pauls DL, Mercadante MT, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, de Mathis MA, et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever with and without Sydenham's chorea. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(7):994-9.
29. Castle DJ, Phillips KA. Obsessive-compulsive spectrum of disorders: a defensible construct? *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(2):114-20.
30. Phillips KA, McElroy SL, Hudson JI, Pope HG, Jr. Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *J Clin Psychiatry*. 1995;56 Suppl 4:41-51; discussion 52.

31. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7):167e-80e.
32. Phillips KA. The Presentation of Body Dysmorphic Disorder in Medical Settings. *Prim Psychiatry*. 2006;13(7):51-59.
33. Castle DJ, Rossell S, Kyrios M. Body dysmorphic disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29(2):521-38.
34. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005;46(4):317-25.
35. Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2004;1(1):113-25.
36. Castle DJ, Phillips KA, Dufresne RG, Jr. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *J Cosmet Dermatol*. 2004;3(2):99-103.
37. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2006;47(2):77-87.
38. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005;46(6):549-55.
39. Hunter-Yates J, Dufresne RG, Jr., Phillips KA. Tanning in body dysmorphic disorder. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(5 Suppl):S107-9.
40. Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2005;2(4):395-400.
41. 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(1):11-9.
42. Grant JE, Menard W, Phillips KA. Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(6):487-93.
  43. Hollander E, Kim S, Khanna S, Pallanti S. Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders: diagnostic and dimensional issues. *CNS Spectr*. 2007;12(2 Suppl 3):5-13.
  44. Buhlmann U, Cook LM, Fama JM, Wilhelm S. Perceived teasing experiences in body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2007;4(4):381-5.
  45. Phillips KA. Psychosis in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res*. 2004;38(1):63-72.
  46. Marazziti D, Giannotti D, Catena MC, Carlini M, Dell'Osso B, Presta S, et al. Insight in body dysmorphic disorder with and without comorbid obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2006;11(7):494-8.
  47. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry*. 2000;48(4):287-93.
  48. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr*. 2008;13(4):316-22.
  49. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med*. 2006;36(6):877-85.

50. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike MA. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Res.* 2002;109(1):101-4.
51. Altamura C, Paluello MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;251(3):105-8.
52. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatry.* 2003;18(7):365-8.
53. Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry.* 1998;39(5):265-70.
54. Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, de Menezes GB, do Nascimento AL, Mendlowicz MV, et al. A sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med.* 2006;36(2):243-59.
55. Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30(1):67-72.
56. Hepburn S, Cunningham S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006;130(5):569-74.
57. Tignol J, Biraben-Gotzamanis L, Martin-Guehl C, Grabot D, Aouizerate B. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *Eur Psychiatry.* 2007;22(8):520-4.

58. Kittler JE, Menard W, Phillips KA. Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eat Behav.* 2007;8(1):115-20.
59. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1998;52(3):283-7.
60. Taqui AM, Shaikh M, Gowani SA, Shahid F, Khan A, Tayyeb SM, et al. Body Dysmorphic Disorder: gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC Psychiatry.* 2008;8:20.
61. Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S. The pathophysiology of body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2008;5(1):3-12.
62. Mathew SJ. PANDAS variant and body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry.* 2001;158(6):963.
63. Gabbay V, Asnis GM, Bello JA, Alonso CM, Serras SJ, O'Dowd MA. New onset of body dysmorphic disorder following frontotemporal lesion. *Neurology.* 2003;61(1):123-5.
64. Rauch SL, Phillips KA, Segal E, Makris N, Shin LM, Whalen PJ, et al. A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* 2003;122(1):13-9.
65. Carey P, Seedat S, Warwick J, van Heerden B, Stein DJ. SPECT imaging of body dysmorphic disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2004;16(3):357-9.
66. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(12):1417-25.

67. Buhlmann U, Etcoff NL, Wilhelm S. Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2008;22(3):540-7.
68. Buhlmann U, McNally RJ, Wilhelm S, Florin I. Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord.* 2002;16(3):289-98.
69. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Veale D. Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2008;5(1):28-38.
70. Neziroglu F, Cash TF. Body dysmorphic disorder: causes, characteristics, and clinical treatments. *Body Image.* 2008;5(1):1-2.
71. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2003;44(4):270-6.
72. Bellino S, Zizza M, Paradiso E, Rivarossa A, Fulcheri M, Bogetto F. Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):73-8.
73. Phillips KA, Didie ER, Menard W. Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. *J Affect Disord.* 2007;97(1-3):129-35.
74. Pinto A, Phillips KA. Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2005;2(4):401-5.
75. Phillips KA, Pinto A, Jain S. Self-esteem in body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2004;1(4):385-90.
76. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur*



- Psychiatry. 2004;19(5):292-8.
77. Phillips KA, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depress Anxiety*. 2007;24(6):399-409.
78. Phillips KA, Pagano ME, Menard W. Pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: treatment received and illness severity. *Ann Clin Psychiatry*. 2006;18(4):251-7.
79. Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006;21(3):177-9.
80. Buhlmann U, Reese HE, Renaud S, Wilhelm S. Clinical considerations for the treatment of body dysmorphic disorder with cognitive-behavioral therapy. *Body Image*. 2008;5(1):39-49.
81. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Jr., Hudson JI, Pope HG, Jr. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull*. 1994;30(2):179-86.
82. Miguel EC, Rosário-Campos MC, Mathis MA, Mathis ME, Lopes Ac, Diniz JB, et al. Apostila de Primeiro Atendimento - PROTOC. Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil, Versão 2007.
83. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull*. 1997;33(1):17-22.
84. Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The

- Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry* 1998;155(1):102-8.
85. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*. 2006;11(5):495-504.
86. Leckman JF, Sholomskas D, Thompson WD, Belanger A, Weissman MM. Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39(8):879-83.
87. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(9):570-7.
88. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, et al. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1978-85.
89. Ferrao YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Carlos Lopes A, Fontenelle LF, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2006;94(1-3):199-209.
90. Van der Kolke, BA. The assessment and treatment of the Complex PTSD. Yehuda, R. In: *Traumatic Stress*. Ed American Psychiatric Press, 2001.
91. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias JA. Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Body Image*. 2006;3(2):189-93.
92. Osman S, Cooper M, Hackmann A, Veale D. Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder. *Memory*. 2004;12(4):428-36.

- 
93. Vulink NC, Sigurdsson V, Kon M, Bruijnzeel-Koomen CA, Westenberg HG, Denys D. [Body dysmorphic disorder in 3-8% of patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2006;150(2):97-100.
  94. Castle DJ, Molton M, Hoffman K, Preston NJ, Phillips KA. Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004;38(6):439-44.
  95. Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg.* 2003;56(6):546-51.
  96. Uzun O, Basoglu C, Akar A, Cansever A, Ozsahin A, Cetin M, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compr Psychiatry.* 2003;44(5):415-9.
  97. Bowe WP, Leyden JJ, Crerand CE, Sarwer DB, Margolis DJ. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(2):222-30.
  98. Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D, Frare F, Di Vaio S, Cassano GB. Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(9):578-82.
  99. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry.* 2006;163(7):1280-2.
  100. Didie ER, Tortolani C, Walters M, Menard W, Fay C, Phillips KA. Social functioning in body dysmorphic disorder: assessment considerations. *Psychiatr Q.* 2006;77(3):223-9.
  101. Phillips KA, Stout RL. Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder with major depression, obsessive-compulsive disorder, and social phobia. *J Psychiatr Res.* 2006;40(4):360-9.

102. Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim Psychiatry*. 2007;14(12):58-66.
103. Coles ME, Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB, et al. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety*. 2006;23(1):26-33.
104. Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(6):717-25.
105. Fineberg NA, O'Doherty C, Rajagopal S, Reddy K, Banks A, Gale TM. How common is obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic? *J Clin Psychiatry*. 2003;64(2):152-5.
106. Demet MM, Deveci A, Taskin EO, Ermertcan AT, Yurtsever F, Deniz F, et al. Obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27(6):426-30.
107. Odone, K.R. Relação entre síndromes dermatológicas e transtornos do espectro obsessivo-compulsivo [Dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2001.
108. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(7):517-22.
109. Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira, R. Manual de Psiquiatria [Portuguese]. Rio de Janeiro, Brazil: Ed Guanabara/Koogan; 1996.
110. Nakata AC, Diniz JB, Torres AR, de Mathis MA, Fossaluzza V, Braganças CA, et al. Level of insight and clinical features of obsessive-compulsive disorder with and without body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 2007;12(4):295-303.

111. Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Stout RL. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res.* 2006;40(2):95-104.
112. Maj, M, Akiskal, HS, Mezzich JE, Okasha, A. WPA Series. Evidence and Experience in Psychiatry, 249-51. John Wiley & Sons Ltd.
113. Diniz JB, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Curi M, Hounie AG, Brotto SA, et al. Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(1):22-7.
114. Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G, McElroy SL, Carter W. A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(11):568-75.
115. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2001;42(6):504-10.
116. Rosen JC, Reiter J. Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behav Res Ther* 1996;34(9):755-66.