UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOBIOLOGIA

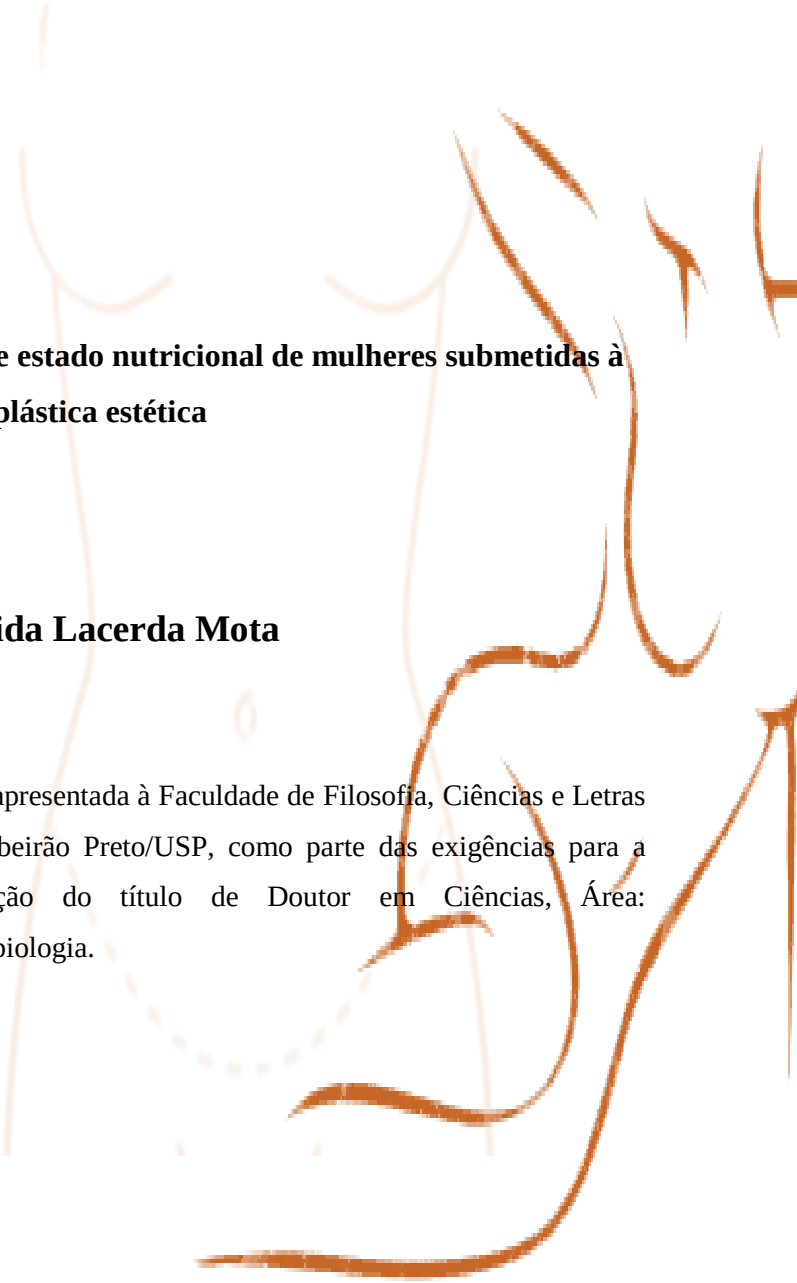


Imagem corporal, atitudes alimentares e estado nutricional de mulheres submetidas à cirurgia plástica estética

Diana Cândida Lacerda Mota

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicobiologia.

RIBEIRÃO PRETO-SP
2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOBIOLOGIA

Imagem corporal, atitudes alimentares e estado nutricional de mulheres submetidas à cirurgia plástica estética

DIANA CÂNDIDA LACERDA MOTA

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicobiologia.

RIBEIRÃO PRETO-SP
2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOBIOLOGIA

Imagem corporal, atitudes alimentares e estado nutricional de mulheres submetidas à cirurgia plástica estética

DIANA CÂNDIDA LACERDA MOTA

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicobiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa
Co-orientador: Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

VERSÃO CORRIGIDA
Versão original se encontra disponível no Programa de Psicobiologia da FFCLRP/USP

RIBEIRÃO PRETO-SP
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Mota, Diana Cândida Lacerda
Imagem Corporal, Atitudes Alimentares e Estado Nutricional de Mulheres Submetidas à Cirurgia Plástica Estética. Ribeirão Preto, 2016.
215p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicobiologia.
Orientadora: Prof. Dra. Telma Maria Braga Cota.
Co-orientador: Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

1. Cirurgia Plástica Estética. 2. Imagem Corporal. 3. Atitudes Alimentares. 4. Estado Nutricional.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Diana Cândida Lacerda Mota

Imagem corporal, atitudes alimentares e estado nutricional de mulheres submetidas à cirurgia plástica estética.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.
Área de concentração: Psicobiologia.

Aprovada em: 02 / 12 / 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. (a) Dr.(a):
Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof. (a) Dr.(a):
Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof. (a) Dr.(a):
Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof. (a) Dr.(a):
Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof. (a) Dr.(a):
Instituição: _____
Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho aos indivíduos que de alguma forma enfrentam problemas relacionados à imagem corporal e ao comportamento alimentar e aos profissionais da área da saúde que atuam nessa área.

Agradecimentos

*Em primeiro lugar, agradeço a **Deus** por ter me concedido a realização deste Doutorado.*

*Aos meus **pais Sinval e Antônia** que sempre acreditaram e confiaram em mim, proporcionando a oportunidade de crescer, me estimulando e apoiando sempre. Ao meu **irmão Diogo,** que é e sempre foi um grande amigo. Amo todos, sem vocês eu não sou nada.*

*Ao meu amigo, cúmplice e amor **Luis Henrique,** pelo amor e companheirismo sempre, a vida ganha sentido e se torna mais colorida ao seu lado. Não sei viver sem você. Aos meus sogros **Marilisa** e **Dr. João** por me tratarem como uma filha, com carinho e cuidado sempre! E ao querido e doce **Gustavo.** Vocês são mais que especiais!*

*Aos meus orientadores, **Profª. Dra. Telma e Prof. Dr. Sebastião**, pelo carinho, respeito e dedicação que me proporcionaram durante todo o curso. Abriram-me portas e me ofereceram grandes oportunidades que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Tenho grande admiração pela ética, competência e responsabilidade de vocês. Sinto-me privilegiada de tê-los como orientadores.*

*Em especial à **Profª. Dra. Telma,** a quem devo a concretização deste trabalho. Me conheceu uma "menina" e me transformou em uma profissional. Não tenho palavras para agradecer o carinho, dedicação e confiança sempre. Pessoa iluminada e especial que Deus coloca na vida das pessoas para crescer e frutificar! Exemplo de profissional e de ser humano. Merece todo o reconhecimento pelos esforços e dedicação incansáveis. Nunca irei conseguir retribuir tudo que sempre fez e faz por mim! Saiba que a levarei sempre em meu coração e que você merece toda a felicidade do mundo.*

***Aos membros da banca examinadora e ao assessor do programa** pela disponibilidade e grandes contribuições científicas realizadas para este trabalho.*

*À **Profª. Dra. Rita de Cássia Moreira,** pessoa evoluída, iluminada e exemplo de profissional! Obrigada sempre por contribuir para o meu crescimento, especialmente como ser humano. Conviver com você é um presente mais que especial!!*

*À **Alessandra Engracia,** anjo que Deus colocou em meu caminho, amiga querida, sem você este trabalho jamais teria se concretizado. Amo muito!*

*À **Luciana Lorenzato, Gabriela Xavier e Ana Vitória Barban** amigas verdadeiras com quem compartilho muitos momentos de alegrias e ansiedades. Vocês são muito especiais.*

*À **Idalina Kakeshita,** exemplo de profissional por quem tenho muita admiração pela humildade, simplicidade e sabedoria; agradeço pelo carinho e auxílio sempre! Você é muito especial!*

*À **Savanah Engracia** pela ajuda na concretização deste trabalho, bem como pela confiança e carinho sempre! Te desejo um futuro profissional cheio de realizações e sucesso!*

*A todos os colegas do **Laboratório de Nutrição e Comportamento da FFCLRP/USP** que tive o prazer de conhecer e conviver. **Torço muito pelo sucesso de vocês! Todos merecem muito!!!***

*À equipe de profissionais responsáveis pelos serviços de Cirurgia Plástica do HC/FMRP/USP **(Dra. Cristina e Dr. Mario Eduardo) e à Maxclin (Dr. Max Engracia**) pela oportunidade da realização deste trabalho. Em especial à secretária **Rúbia** pelo auxílio, atenção e carinho durante toda a coleta de dados.*

*À **UNAERP/SP e a todos os docentes, funcionários e alunos do Curso de Nutrição,** com quem tenho o prazer de conviver, trabalhar e crescer.*

*Ao **Programa de Pós-graduação em Psicobiologia** da FFCLRP/USP, bem como **docentes e funcionários** pela oportunidade do crescimento profissional. **Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq),** pelo apoio financeiro.*

*.....e a **todas as pacientes** que contribuíram para a construção e finalização deste trabalho.*

Pino Daeni

"A beleza de uma mulher não se avalia pelas curvas, forma do corpo, pelo poder de sedução, mas sim pela inteligência com que administra seus encantos."

Islon Cech

RESUMO

MOTA, D.C.L. Imagem Corporal**, Atitudes Alimentares e Estado Nutricional em Mulheres Submetidas à Cirurgia Plástica Estética. 2016.** 215f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto/SP, 2016.

O desejo em atingir padrões socioculturais de beleza estabelecidos atualmente, especialmente no sexo feminino, parece contribuir para um crescimento significativo da busca e realização de cirurgias plásticas estéticas (CPE) no Brasil. Mulheres que se submetem a tais procedimentos cirúrgicos podem ser menos precisas ao estimarem o próprio tamanho corporal, são mais insatisfeitas com a aparência física e podem apresentar em maior proporção, atitudes de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares quando comparadas aquelas que não buscam por cirurgias. Estes fatores, associados a um estado nutricional (EN) inadequado, são considerados de risco à saúde, especialmente nos períodos perioperatório de CPE. Diante da importância da avaliação da imagem corporal, atitudes alimentares e do estado nutricional (EN) em solicitantes de CPE, bem como da escassez de estudos nacionais sobre o tema, o objetivo do presente estudo foi investigar estas variáveis em 60 mulheres (grupo clínico – G1), antes e aproximadamente seis meses após a realização dos seguintes procedimentos cirúrgicos estéticos: mastoplastia de aumento, lipoaspiração e abdominoplastia, em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP. As variáveis também foram investigadas em 60 mulheres que não buscavam por CPE (grupo de comparação não equivalente – G2), a fim de compará-las com as solicitantes de CPE no período pré-operatório. Foram utilizados: Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas; Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB); Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) feminina para adultos; *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) e o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). Para classificação do EN foram coletados dados de peso e estatura corporais para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e de composição corporal (porcentagem de gordura corpórea - % de GC), sendo que esta última avaliação foi realizada apenas no G1. Os dados foram analisados por meio de testes estatísticos apropriados à distribuição da amostra ($p<0,05$) e por meio de estatística descritiva. As médias de idade foram de 37,98 anos (±10,93) e 37,93 anos (±11,83) e para o G1 e G2 respectivamente ($p=0,81$). A maioria das avaliadas de ambos os grupos foi classificada com eutrofia ($p=0,20$), embora parcela importante estivesse acima do peso; o G1 ainda apresentou alta % de GC; não foi verificado efeito de intervenção para o EN pela avaliação do IMC ($p=0,89$) e % de GC ($p=0,15$) para o G1. A EFS apontou que a maior parte das avaliadas superestimou e estava

insatisfeita com o tamanho corporal, além disso, a maioria gostaria de possuir uma silhueta menor em ambos os grupos ($p>0,05$); após a cirurgia as avaliadas do G1 apresentaram maior chance de estarem acuradas e satisfeitas com o próprio tamanho corporal em relação ao período pré-cirúrgico ($p<0,05$). Os dados do BDDE apontaram que as entrevistadas do G2 estavam mais satisfeitas com a aparência física quando comparadas ao G1 ($p=0,04$); já após a CPE, observou-se uma chance maior de as participantes do G1 estarem satisfeitas com a aparência em relação ao período anterior à cirurgia ($p<0,01$). O EAT-26 apontou que a maioria das avaliadas, de ambos os grupos, não apresentou atitudes de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, embora parcela considerável das participantes do G1 ($n=20$) tenha apresentado o risco, sendo que destas, 100% estavam insatisfeitas com o tamanho corporal; não houve evidências de intervenção em relação ao risco para TA nos períodos pré e pós-operatório ($p=0,85$). Não foram encontradas associações entre as classificações obtidas pelos instrumentos (EFS; BDDE e EAT-26) e as demais variáveis sociodemográficas e econômicas analisadas ($p>0,05$); verificou-se ainda que as classificações obtidas foram independentes do número de cirurgias realizadas. A prevalência de insatisfação com o corpo e inadequação do estado nutricional, bem como a proporção considerável de atitudes alimentares de risco observados no presente estudo, reforçam a necessidade da avaliação e seleção mais criteriosa destes pacientes antes de se submeterem à CPE. Este cuidado torna mais viável a adoção de medidas de prevenção e intervenção precoces mais efetivas em relação à saúde física e mental dos pacientes, garantido ainda resultados cirúrgicos mais satisfatórios, além de favorecer a diminuição dos gastos dos sistemas de saúde evitando possíveis desgastes emocionais e judiciais para as partes envolvidas.

Palavras-chave: Cirurgia Plástica Estética. Imagem Corporal. Atitudes Alimentares. Estado Nutricional.

ABSTRACT

MOTA, D.C.L. Body Image**, Eating Attitudes and Nutritional Status in Women Submitted to Aesthetic Plastic Surgery. 2016.** 215f. Thesis (Doctoral) – Faculty of Philosophy, Letters and Human Sciences of Ribeirão Preto, University of São Paulo - USP, Ribeirão Preto/SP, 2016.

The desire in achieving the currently established sociocultural patterns of beauty, especially among females, seems to contribute to a significant growth in pursuing and performing aesthetic plastic surgeries (APS) in Brazil. Women submitted to such surgical procedures can be less precise in estimating their own body size, they are more unpleased with their physical appearance and can more widely present risk attitudes for the development of eating disorders when compared to those who do not seek surgery. These factors associated with an inadequate nutritional status (NS) are considered a risk to health, especially during perioperative periods of APS. Given the importance of evaluating body image, eating attitudes and nutritional status in solicitants of APS, as well as the lack of national studies on the subject, the present study aims at investigating these variables in 60 women (experiment group – G1), before and approximately six months after going through the following aesthetic surgical procedures: augmented mastopexy, liposuction and abdominoplasty, in two services of plastic surgery in Ribeirão Preto/SP. The variables have also been investigated in 60 women who did not seek APS (non-equivalent comparison group – G2), so as to be compared to those who sought APS during the pre-operative period. The following items have been used in this study: Sociodemographic Data and Clinical Features Questionnaire; Brazilian Economic Classification Criteria (BECC); Figure Rating Scale (FRS) for female adults; Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) and the Eating Attitudes Test (EAT-26). In order to classify the NS it had been collected data on weight and body stature to calculate Body Mass Index (BMI) and body composition (body fat percentage - % of CG), considering the latter evaluation being carried out only with the G1, which have been analyzed through statistical tests appropriate to sample distribution ($p<0,05$) and through descriptive statistics. The average age of participants were 37,98 (±10,93) for the G1 and 37,93 years (±11,83) for the G2 ($p=0,81$). Most evaluated women from both groups have been classified as eutrophic ($p=0,20$), although a great number were overweight; moreover, the G1 presented increased percentage of CG; it has not been verified intervention effect for G1 through BMI evaluation ($p=0,89$) and % of CG for the G1. FRS showed that most of the evaluated women super estimated and were unpleased with their body size, besides most of them wished to have a narrower silhouette in both groups ($p>0,05$); after surgery, women from the G1 presented

more chances of being accurate and pleased with their own body size concerning the pre-operative period (p<0,05). BDDE pointed out that those interviewed women from the G2 were more pleased with their physical appearance when compared to the G1 (p=0,04); yet after APS it have been observed that the G1 had more chances of being pleased with their appearance in relation to the period before the surgery (p<0,01). EAT-26 pointed out that most women from both groups have not presented risk attitudes for the development of eating disorders, although a considerate number of participants on the G1 (n=20) have presented risk, among those 100% were unpleased with their body size; there have not been evidences of intervention in regard to ED in the pre and post-operative periods (p=0,85). There have not been found associations between the obtained classifications through the instruments (FRS; BDDE and EAT-26) and other economic and sociodemographic variables analyzed (p>0,05); it has also been verified that the obtained classifications were due regardless the number of surgeries performed. The prevalence of dissatisfaction with the body and inadequate nutritional status, as well as the considerate proportion of risk eating attitude observed in the present study emphasize the need of more discerning evaluation and selection of these patients before being submitted to APS. Such care makes it more viable the adoption of effective early prevention and intervention measures regarding patient´s physical and mental health, guaranteeing more satisfactory surgical results, besides favoring a decrease in the health system expenses while avoiding possible emotional and judicial wear out for those involved.

Keywords: Aesthetic Plastic Surgery. Body Image. Eating Attitudes. Nutritional Status.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 12
1.1. Cirurgia Plástica Estética 13
1.1.1. Conceito e Histórico 13
1.1.2. Epidemiologia 15
1.1.3. Mastoplastia de Aumento, Lipoaspiração e Abdominoplastia: Riscos e Benefícios 17
1.1.4. Estado Nutricional e Cirurgia Plástica Estética 25
1.2. Imagem Corporal 29
1.2.1. Imagem Corporal e Cirurgia Plástica Estética 38
1.3. Atitudes Alimentares e Cirurgia Plástica Estética 45
1.4. Justificativa e Hipóteses do Estudo 52

2. OBJETIVO 53
2.1. Objetivo Geral 54
2.2. Objetivos Específicos 54

3. MATERIAL E MÉTODO 55
3.1. Delineamento Metodológico da Pesquisa 56
3.2. Participantes 56
3.3. Critérios de Inclusão e Exclusão 57
3.4. Locais de Realização da Pesquisa 57
3.5. Instrumentos 57
3.5.1 Caracterização da amostra 57
3.5.1.1. Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas 57
3.5.1.2. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) 58
3.5.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 58
3.5.3. Avaliação da Imagem Corporal 58
3.5.3.1. Escala de Figuras de Silhuetas para Adultos (EFS) 58
3.5.3.2. *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) 59
3.5.4. Avaliação das Atitudes Alimentares 60
3.5.4.1. Teste de Atitudes Alimentares - *Eating Attitudes Test* (EAT) 60
3.5.5. Avaliação Antropométrica 60
3.5.5.1. Índice de Massa Corporal (IMC) 61
3.5.5.2. Composição Corporal 61
3.6. Aspectos Éticos 61
3.7. Procedimentos 61
3.8. Forma e Análise dos Dados 65
3.8.1. Imagem Corporal 65
3.8.1.1. Escala de Figuras de Silhuetas para Adultos (EFS) 65
3.8.1.2. *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) 65
3.8.2. Atitudes Alimentares 66
3.8.2.1. Teste de Atitudes Alimentares - Eating Attitudes Test (EAT) 66
3.8.3. Estimativa do Estado Nutricional (EN) 67
3.9. Análise Estatística 67

4. RESULTADOS 69
4.1. Resultados Estudo 1 70
4.1.1. Caracterização da Amostra 71

4.1.2. Caracterização do Estado Nutricional (EN) 76
4.1.3. Caracterização da Imagem Corporal 77
4.1.3.1. Acurácia na Estimação e Satisfação com o Tamanho Corporal (Escala de Figuras de Silhuetas – EFS: kg/m^2) 77
4.1.3.2. Satisfação com a Aparência Física (*Body Dysmorphic Disorder Examination - BDDE*) 79
4.1.4. Caracterização das Atitudes Alimentares 82
4.2. Resultados Estudo 2 84
4.2.1. Caracterização da Amostra 85
4.2.2. Caracterização do Estado Nutricional 91
4.2.3. Caracterização da Imagem Corporal 93
4.2.3.1. Acurácia na Estimação e Satisfação com o Tamanho Corporal (Escala de Figuras de Silhuetas – EFS: kg/m^2) 93
4.2.3.2. Satisfação com a Aparência Física (*Body Dysmorphic Disorder Examination - BDDE*) 95
4.2.4. Caracterização das Atitudes Alimentares 99

5. DISCUSSÃO 102
5.1. Discussão Estudo 1 103
5.1. Discussão Estudo 2 122

6. CONCLUSÃO 158
6.1. Conclusão Estudo 1 159
6.2. Conclusão Estudo 2 162

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 165

REFERÊNCIAS 167

APÊNDICES 188
Apêndice A - Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas – G1 189
Apêndice B - Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas – G2 191
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) – G1 192
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) – G2 194

ANEXOS 196
Anexo A – Critério de Classificação Econômica Brasil 197
Anexo B – Escala de Figuras de Silhuetas Para Adultos do Sexo Feminino 198
Anexo C – Intervalos de IMC's Médios Referentes às Figuras de Silhuetas para Adultos 199
Anexo D – Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) 200
Anexo E – Eating Attitudes Test (EAT-26) 211
Anexo F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos 213

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Cirurgia Plástica Estética

1.1.1. Conceito e Histórico

Atualmente, com o avanço tecnológico e da medicina, os indivíduos passaram a alterar sua aparência física e suas formas corporais de acordo com suas necessidades e desejos. Tais alterações compreendem desde dietas até a realização de cirurgias plásticas corporais com o seguimento de um padrão de beleza da cultura vigente (COELHO, 2013).

A cirurgia plástica (CP) é caracterizada como uma subespecialidade médica que objetiva a manutenção, restauração ou melhoria das funções corpóreas e consequentemente a qualidade de vida de um indivíduo por meio de técnicas cirúrgicas que se dividem em reparadora e estética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016; SWAMI e cols., 2009). A primeira possui a finalidade de recuperar a função e restaurar estruturas anormais do corpo ocasionadas por alguma enfermidade, traumatismo ou defeito congênito que o indivíduo possa apresentar; já a cirurgia plástica estética (CPE) é realizada para remodelar estruturas normais do corpo a fim de melhorar a aparência física e a autoestima (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

O termo cirurgia plástica origina-se da palavra grega *Plastiko,* que significa moldar, reparar tecidos corporais para uma finalidade específica. O termo *plastique* foi utilizado pelo médico cirurgião Pierre Desault em 1798, mas foi Edward Zeis (1838) o primeiro a fazer uso do mesmo como designação da especialidade médica (ANDREWS; MARTINO; DE FREITAS, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

Segundo a literatura, a CP tem origem milenar, sendo encontrado entre os hindus, menções de operações reparadoras em 4000 a.C. Em culturas como a babilônica, assíria e egípcia também eram realizadas cirurgias, sendo penalizado com lesões corporais e até mesmo a morte, cirurgiões que apresentassem insucesso cirúrgico. Na Ásia, foram encontrados hieróglifos referentes a tratamento de fraturas mandibulares, nasais, cranianas, entre outros procedimentos cirúrgicos no Egito Antigo (3500 a.C.) (ANDREWS; MARTINO; DE FREITAS, 2007)

Na Grécia, onde se praticavam com frequência a arte de curar, não se encontraram informações sobre cirurgia plástica, sendo justificado pelo fato de que os gregos eliminavam os indivíduos portadores de “defeitos”. Na Índia e China, a cirurgia iniciou por volta de 2000 a.C., sendo que na Índia eram permitidas dissecações anatômicas e mutilações para penalizar

adúlteros, como amputações nasais, auriculares e genitais, o que permitiu o desenvolvimento do campo da cirurgia (ANDREWS; MARTINO; DE FREITAS, 2007).

No século V a.C., Hipócrates, considerado "o pai da medicina", deixou descrições de diversos procedimentos relativos à CP como, por exemplo, enfaixamentos e cuidados com a estética de curativos. Em Roma (130 a 200 d.C.), dissecações anatômicas em humanos eram proibidas, contudo essa prática era realizada em animais, o que permitiu conhecimentos sobre técnicas de tratamentos de fraturas nasais e de mandíbulas. Após esse período, no feudalismo, a Igreja Católica proibiu a realização de práticas médicas, o que contribuiu para o declínio dos interesses pela cirurgia por quase dez séculos (ANDREWS; MARTINO; DE FREITAS, 2007).

No período do renascimento, os estudos anatômicos autorizados pela Igreja propiciam o avanço da medicina, que foram divulgados após a criação da imprensa. Durante a primeira metade do século XV, a CP passou a ser praticada na Sicília por membros da família de cirurgiões que encontraram nos povos mutilados por duelos e combates, material de trabalho (retalho braquial) como reparo de deformações nasais e enxertos de pele (orelhas e lábios). Esses métodos foram aplicados na Alemanha e em outras regiões da Europa (ANDREWS; MARTINO; DE FREITAS, 2007).

Durante o século XIX mais avanços ocorreram na CP através dos estudos de enxerto de pele em ovelhas, o que permitiu a realização de técnicas em humanos como, por exemplo, a retirada de um enxerto de pele da coxa transferindo-a para a região nasal. A partir disso, a cirurgia com finalidade estética foi introduzida através da redução da giba e das dimensões nasais como também da redução das orelhas em "abano" (ANDREWS; MARTINO; DE FREITAS, 2007).

No século XX, a primeira Guerra Mundial foi o ponto de partida para o surgimento da CP moderna. Nessa época, houve um aumento significativo no número de traumas maxilofaciais em decorrência das armas de fogo utilizadas pelos exércitos que causavam graves lesões. Nesta época, o médico otorrinolaringologista Sir Harold Gilles, vinculado a um hospital britânico situado na França, foi considerado o pai da cirurgia plástica moderna, pois percebeu que para reestabelecer as funcionalidades corporais dos soldados, as feridas precisavam ser fechadas com tecido de outros lugares, proporcionando assim uma aparência mais "normal" para que os mesmos pudessem retomar suas vidas. Dessa forma, Sir Gilles utilizou enxertos e retalhos (o movimento de tecidos de um local para o outro, mantendo a irrigação de sangue original) de pele. Os ferimentos faciais, causados em trincheiras, por exemplo, eram fechados com pele do braço ou das pernas. Sir Gilles e seu sobrinho Archibald McIndo refinaram estas técnicas em soldados feridos nos campos de concentração durante a II Guerra Mundial, o que contribuiu para o aprimoramento de técnicas cirúrgicas reparadoras (ANDREWS; MARTINO; DE

FREITAS, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA 2016).

Após as guerras, observou-se grande expansão nas técnicas cirúrgicas, uma vez que cirurgiões manipulavam tecidos para restaurar a aparência "normal", começaram, a partir de então, a manipular tecidos em pessoas "normais" com o objetivo de melhorar a aparência física. Dez anos após a segunda Guerra Mundial, em 1955, foi realizado o primeiro congresso Internacional de Cirurgia Plástica, em Estocolmo, que se estendeu posteriormente para vários países do mundo, inclusive o Brasil (ANDREWS; MARTINO; DE FREITAS, 2007).

As décadas de 1960 e 1970 foram classificadas como "fases de ouro" da CP em decorrência da proliferação de novas técnicas cirúrgicas e por um aumento importante de indivíduos interessados em realizar os procedimentos, especialmente, os de rejuvenescimento de face e a rinoplastia. Com o aumento do número de procedimentos e necessidade de ampliar os estudos sobre o tema, foram fundadas associações de CP como a American Society for Aesthetic Plastic Surgery (1967) e a International Society of Aesthetic Plastic Surgery (1970) (ANDREWS; MARTINO; DE FREITAS, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA 2016).

Nos dias atuais, a cirurgia plástica estética é considerada como o campo da CP que mais cresce em todo o mundo. Com o aumento da valorização da aparência física e desejo em atingir padrões socioculturais de beleza, procedimentos cirúrgicos estéticos veem sendo buscados pela sociedade contemporânea de maneira incessante, o que preocupa profissionais da área da saúde por tratar-se de procedimentos invasivos que, como toda cirurgia, não estão isentos de riscos clínicos e psicológicos (JÁVÓ e cols., 2012; SARWER; CRERAND; MAGEE, 2002).

1.1.2. Epidemiologia

De acordo com a Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS), os dados mais atuais, coletados em 2015, evidenciam a realização de mais de 20 milhões de procedimentos estéticos cirúrgicos e não cirúrgicos em todo o mundo. Além disso, os Estados Unidos são o atual líder no *ranking* com a realização de 1,414,335 cirurgias estéticas e de 4,042,610 procedimentos não cirúrgicos neste período. No Brasil, foram realizados neste mesmo ano, 1,224,300 CPE e 2,324,245 procedimentos não cirúrgicos, o que colocou o país na segunda posição no ranking mundial.

Na Tabela 1, estão descritos, em ordem decrescente, os países que mais realizaram procedimentos cirúrgicos e estéticos no mundo em 2014 (INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY, 2015).

Tabela 1 - Frequências absoluta e relativa dos Países que mais realizaram procedimentos estéticos cirúrgicos e não cirúrgicos no mundo em 2014, segundo a International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS, 2015).

Países	Número de Procedimentos (%)
Estados Unidos da América	4,042,610 (18,6%)
Brasil	2,324,245 (10,7%)
Coréia do Sul	1,156,234 (5,3%)
Índia	935,487 (4,3%)
México	907,913 (4,2%)
Alemanha	617,408 (2,8%)
Colômbia	548,635 (2,5%)
França	488,718 (2,3%)
Itália	418,760 (1,9%)

Fonte: International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS, 2015).

Ressalta-se um aumento importante do número de procedimentos cirúrgicos estéticos realizados no Brasil nos últimos anos (Tabela 2). Além disso, em relação às cirurgias de face (blefaroplastia (pálpebra), rinoplastia (nariz), implantes faciais, *lifting* facial, de sobrancelhas e frontal (testa), cirurgias de queixo, orelha), o Brasil ocupa o primeiro lugar mundial em número de procedimentos cirúrgicos, enquanto os EUA ocupam o segundo lugar (INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY, 2015).

Tabela 2 - Evolução no número de cirurgias plásticas estéticas realizadas no Brasil nos últimos anos.

Ano	Número de Procedimentos
2015	1,224,300
2014	1,343,293
2013	1,491,721
2011	905,124
2008	459,170

Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2016). International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS, 2015).

Na tabela 3 estão descritas, em ordem decrescente, as cirurgias estéticas mais realizadas no mundo e no Brasil no ano de 2015, segundo os dados da ISAPS (2015).

Tabela 3 – Procedimentos Cirúrgicos estéticos mais realizados no mundo e no Brasil no ano de 2015.

MUNDO	Número de Procedimentos	BRASIL	Número de Procedimentos
Mastoplastia de Aumento	1,375,916	Mastoplastia de Aumento	441,155
Lipoaspiração	1,349,588	Lipoaspiração	182,765
Blefaroplastia	1,264,602	Blefaroplastia	143,165
Abdominolástia	758,590	Abdominoplastia	131,120
Rinoplastia	730,287	Rinoplastia	65,120
Gluteoplastia de Aumento	299,023	Gluteoplastia de Aumento	63,745

Fonte: International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS, 2015).

Ainda de acordo com a ISAPS (2015), os procedimentos estéticos não cirúrgicos mais realizados no mundo em 2015 foram: toxina botulínica (4,627,752), preenchimentos faciais (2,929,220) e procedimentos para rejuvenescimento da face (2,238,803), depilação a laser (1,099,053), tratamentos para redução de gordura (425,315) e celulite (283,598) (INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY, 2015). O Brasil também ocupa segunda posição mundial em relação à realização destes procedimentos sendo os mais realizados: toxina botulínica (359,865), preenchimentos faciais (197,050), depilação a laser (106,205) e rejuvenescimento facial (298,265) (INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY, 2015).

Em relação ao sexo, embora observe-se um crescente aumento pela busca de CPE pelo gênero masculino, as mulheres ainda representam maior proporção mundial para a realização de procedimentos cirúrgicos estéticos (84,7%) e não estéticos (85,6%), sendo que as cirurgias mais realizadas são a mastoplastia de aumento, abdominoplastia e lipoaspiração. Já os procedimentos mais realizados pelos homens são a blefaroplastia, rinoplastia, lipoaspiração e ginecomastia (redução das mamas) (INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY, 2015).

Nas últimas duas décadas, a faixa etária de indivíduos que buscam por procedimentos cirúrgicos estéticos esteve entre 20 e 59 anos, contudo o número de cirurgias realizadas em adolescentes entre 14 e 18 anos dobrou nos últimos anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

1.1.3. Mastoplastia de Aumento, Lipoaspiração e Abdominoplastia: Riscos e Benefícios

A mastoplastia de aumento consiste no aumento do tamanho das mamas com uso de prótese (implante de silicone/gel contido em um envoltório de silicone polimerizado) (ABLA, 2007).

A primeira tentativa de aumento de mamas foi realizada, em 1895, contudo a criação do implante de silicone foi realizada por Cronin e Gerow (1961), e a primeira mastolpastia de aumento ocorreu em 1962 se tornando um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados e estudados por cirurgiões plásticos no Brasil e no mundo (ZEITOUNE, 2012). Segundo dados da Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética, a partir de 2001, a cirurgia de aumento das mamas já se caracterizava como um dos procedimentos cirúrgicos estéticos mais realizados pelas mulheres mundialmente, e que alguns fatores contribuíram para este aumento, tais como: incisões reduzidas, resultado estético e satisfação da paciente mais precoces, melhorias dos implantes de silicone; baixo índice de complicações e aumento importante da autoestima (ABLA, 2007).

De acordo com Pitanguy e cols. (2010), as principais indicações para a realização de mastoplastia de aumento são os casos de assimetria mamária, hipomastia, alterações congênitas da parede torácica e situações nas quais a paciente apenas deseja aumentar o volume de suas mamas, como uma maneira de restituir a autoimagem perdida. Neste sentido, o autor afirma que estas indicações não possuem, na maior parte dos casos, um aspecto físico evidente; entretanto, retratam uma alteração psicológica importante por parte da paciente, que está associada a um sentimento de inadequação com as próprias mamas (PITANGUY e cols., 2010).

A localização e tipo de implante de silocone são dependentes da avalição médica em relação às características físicas da paciente. A prótese poderá ser implantada através da axila, aoreola ou inframamária; quanto à localização da prótese, esta poderá ser subglandular (abaixo da glândula) ou subpeitoral (abaixo da glândula e do músculo) (ABLA, 2007). Atualmente, existem tipos diferentes de prótese de silicone que se diferenciam em realção à forma (redonda, anatômica e natural); projeção (perfil alto, moderado e alto); revestimento (liso – menos dobras e mais contratura, texturizado – com mais dobras e menos contratura e poliuretano – menos contratura, mais aderência, maior dificuldade de troca e contém toluenodiamina, substância proibida pela FDA pelo potencial cancerígeno); preenchimento (salina – menos natural e com troca em cinco anos; gel mais natural; óleo de soja e gel coesivo – proibidos pela FDA) (ABLA, 2007).

Em relação aos riscos de complicações decorrentes do implante de prótese, os mais observados são: hematomas (sangramentos), infeccções; distúrbios da sensibilidade da mama ou mamilo de forma temporária ou permanente; má cicatrização; extrusão e ruptura dos implantes (mais raro); esvaziamento (nas salinas e nas infláveis); seroma (acúmulo de líquido);

trombose venosa profunda (complicações cardíacas e pulmonares); risco anestético; contratura capsular (formação de tecido cicatricial rígido em torno do implante) e probabilidade de novo procedimento cirúrgico (ABLA, 2007; NEAL e cols., 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

Segundo a literatura (BOZOLA; BOZOLA; CARRAZZONI, 2006; SANTOS e cols., 2010; NEAL e cols., 2006; SPERLI e cols., 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016), a contratura capsular é a complicação de maior incidência em implantes mamários, que pode surgir no período pós-operatório em curto e longo prazos, sendo a maior responsável por insucessos estéticos. A contratura torna a mama dura, dolorida e deformada, havendo a necessidade de remoção ou troca do implante.

De acordo com Duxbury e Harvey (2016), os implantes de gel de silicone são utilizados em todo o mundo para o aumento e reconstrução da mama; implantes de silicone texturizados são os mais comumente implantados; contudo, implantes revestidos com poliuretano também são cada vez mais utilizados na tentativa de melhorar complicações a longo prazo associados com a inserção do implante. Em relação à reconstrução da mama com implante de silicone, as taxas de contratura capsular são de 10-15 % em seis anos, enquanto estudos com implantes de poliuretano apresentam taxas de 1,8-3,4%. Já em relação a operações de mastoplastia de aumento sem reconstrução, a contratura capsular pode variar de 2-15 % em seis anos para próteses texturizadas em comparação a 0,4-1% em implantes revestidos com poliuretano. No entanto, os estudos são escassos em relação a mulheres com implantes de poliuretano (DUXBURY; HARVEY, 2016).

Gabriel e cols. (1997) avaliaram as complicações mais prevalentes em 749 americanas que realizaram mastoplastia de aumento entre os períodos de 1964 a 1991. Os resultados mostraram que foram identificadas complicações clínicas em 23,8% (n=178) das avaliadas, sendo o problema mais frequente a contratura capsular (n=131), seguido pela ruptura do implante (n=43), hematoma (n= 43) e infecção (n=19). Estes achados estão de acordo com o estudo de Neal e cols. (2006), que analisaram em um período de 25 anos (1979 e 2004) as principais complicações após o implante mamário em 1529 mulheres e observaram que a indicação mais comum para reoperação foi de contratura capsular.

No estudo de Pitanguy e cols. (2010), obtiveram resultados contrários à maioria dos estudos da literatura. Os pesquisadores analisaram, retrospectivamente, os prontuários de 59 pacientes submetidas a 68 procedimentos cirúrgicos para troca, retirada ou reinclusão de implantes mamários, em um período de cinco anos. Os resultados da avaliação mostraram que as principais queixas que levaram as pacientes a procurarem o serviço foram: insatisfação das

pacientes com relação ao tamanho das mamas, forma das mamas ou simetria estética (n=50); ocorrência de contratura capsular (n=13) e infecção dos implantes, ruptura ou presença de nódulo em uma ou ambas as mamas (n=05). Diante disso, o principal motivo de substituições de implantes foi estético, sendo que 50% dos casos foram relacionados ao desejo de aumentar o volume da mama. Os autores discutem que houve, nos últimos anos, uma considerável alteração no padrão estético feminino com relação ao desejo de mamas cada vez maiores, tornando o padrão estético brasileiro e mundial muito próximo do que é comum na América do Norte (PITANGUY e cols., 2010).

Pitanguy e cols. (2010) ainda apontam que, apesar da redução nos índices atuais de procedimentos de troca dos implantes, a frequência desta prática ainda se encontra em torno de 27 a 29,1% de reoperações e que as principais causas descritas que levam as pacientes à troca de implantes são a ocorrência de contratura capsular sintomática (índice que vem caindo com a evolução dos implantes) seguida da insatisfação das pacientes com a aparência estética das mamas.

Desde a criação da primeira prótese mamária, vários implantes foram desenvolvidos por diferentes fabricantes, contribuindo para a significativa melhora na qualidade do material fabricado, sendo este com gel com maior capacidade de coesão e texturização do invólucro (gel mais duro) e consequentemente maior resistência à contratura (BOZOLA; BOZOLA; CARRAZZONI, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2016), embora existam riscos de complicações relacionadas ao implante de prótese, os mesmos não prejudicam à saúde das mamas e que não existem evidências científicas que associem os implantes mamários à patologias autoimunes ou sistêmicas.

Quanto aos benefícios proporcionados pela mastoplastia de aumento estão, entre os principais, o aumento do tamanho e projeção dos seios; melhora do equilíbrio corporal; melhora da autoestima e autoconfiança (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

No estudo a longo prazo realizado por Neal e cols. (2006), que avaliaram as principais complicações do implante de prótese em 1529 mulheres após 25 anos, pôde-se verificar que, apesar das complicações e reoperações relativamente frequentes, observou-se alto índice de satisfação geral com a cirurgia pelas avaliadas. De acordo com Colleen e cols. (2012), o aumento do volume dos seios pode ter um impacto significantemente positivo sobre a satisfação feminina, com melhora de seu bem-estar psicossocial e sexual.

As mamas representam para as mulheres feminilidade e sexualidade; dessa forma, qualquer prejuízo à integridade mamária pode gerar desconforto psicológico (SWAMI e cols., 2015). Um procedimento cirúrgico com indicação adequada e realizado com os cuidados preventivos necessários, é a melhor maneira de evitar complicações à saúde e consequentes traumas, proporcionando ainda benefícios à autoestima feminina em curto e longo prazos (COLLEN e cols., 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

Embora a mastoplastia de aumento seja uma das cirurgias mais realizadas no Brasil e no mundo, cresce nos últimos anos a busca por cirurgias de redução de mama e até mesmo cirurgias para retirada de implante de silicone. Segundo especialistas, além da redução da dor e de desconforto, este desejo parece estar associado a questões estéticas como vergonha do corpo em decorrência do grande volume dos seios; desejo de seios mais "naturais"; relativos aos sulcos no ombro deixados pela alça do sutiã; dificuldade durante a realização de exercícios físicos; problemas na hora de comprar sutiãs e erupções sob os seios (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

A lipoaspiração, também denominada como liposuccção ou lipoplastia, é caracterizada pela retirada cirúrgica de depósitos de gordura no tecido subcutâneo, através da utilização de cânulas de pequenos diâmetros acopladas a aparelhos de sucção ou aspiração, introduzidas no tecido subcutâneo (NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007). Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2016), este procedimento cirúrgico remodela áreas específicas do corpo, removendo o excesso de depósitos de gordura, melhorando os contornos do corpo bem como a proporção.

Desde 1980, descrição inicial realizada pelo cirurgião francês Yves Gerard Illouz, a lipoaspiração evoluiu significantemente quanto à técnica para aspiração de gordura, bem como o instrumental utilizado para a aspiração. Este procedimento cirúrgico é indicado para tratamento de gordura localizada, que não reduz com a realização de dietas e exercícios físicos, em pacientes com boa elasticidade cutânea, ou seja, sem flacidez ou estrias. É importante ressaltar que a lipoaspiração não está indicada para o tratamento da obesidade e para indivíduos com excesso moderado de pele. Também é contraindicada para portadores de Diabetes *Mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença cardíaca avançada, doenças sistêmicas e trombose venosa profunda (NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007).

Atualmente as técnicas para a lipoaspiração se diferenciam em: lipoaspiração dos flancos; lipoaspiração abdominal prévia na lipoabdominoplastia; lipoaspiração da gordura submentual na ritidoplastia; lipoaspiração da ginecomastia mista; lipoaspiração prévia no *lifting* de braço e coxas e lipoenxertia. O procedimento pode ser realizado por diversas técnicas, entre elas

destacam-se: técnica infiltrativa, em que se utiliza o princípio de infiltrar (injetar) uma solução composta por soro fisiológico, substância vasoconstritora (adrenalina) e anestésica na gordura que será lipoaspirada. Esta técnica faz com que as células de gordura sejam mais facilmente removidas e reduz o sangramento; técnica não-infiltrativa, em que não é realizada a injeção de solução, sendo a lipoaspiração seca; nesta técnica há maior perda sanguínea (NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007).

Como qualquer outro procedimento cirúrgico, indivíduos submetidos à lipoaspiração não estão isentos de complicações locais e sistêmicas. Dentre as complicações locais, destacam-se irregularidades na pele (visíveis e palpáveis), edema prolongado, equimoses, hiperpigmentação, alterações na sensibilidade da pele, seromas, hematomas, correção insuficiente da lipodistrofia, úlceras e necroses da pele, infecções locais, dermatites de contato, cicatrizes inestéticas e persistência do edema. Frente às complicações sistêmicas da lipoaspiração destacam-se as perfurações viscerais, reações alérgicas a medicações no intra e pós-operatório, reação febril, infecção sistêmica, arritmias cardíacas, taquicardias, anemia, hemorragia, choque hipovolêmico, tromboembolismo pulmonar e trombose venosa profunda, embolia gordurosa, síndrome da embolia gordurosa, sepse e, até mesmo, óbito (FORTES e cols., 2012; NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007; YOU e cols., 2015).

No estudo de Grazer e De Jong (2000), que realizaram uma pesquisa com 917 cirurgiões plásticos nos EUA no período de 1994 a 1998, foi possível verificar que dos 496.245 pacientes submetidos à lipoaspiração, 95 foram a óbito, o que representa uma taxa de mortalidade de aproximadamente 1:5.000 pacientes operados. Quando considerado o número de óbitos de pacientes que foram operados por médicos não especialista em cirurgia plástica, este número aumentou para 130 pacientes. As principais causas de óbito foram tromboembolismo pulmonar (23,1%), perfuração abdominal e de órgão (14,6%), complicações anestésicas de medicações ou da sedação (10%), embolia gordurosa (8,5%) e parada cardiorrespiratória (5,4%) (GRAZER; DE JONG, 2000).

Lehnhardt e cols. (2008), na Alemanha, verificaram, a partir de 2.275 questionários enviados à cirurgiões plásticos, a ocorrência de 72 casos de complicações graves após a lipoaspiração. Destes, foram notificados 23 óbitos causados por fasciíte necrosante e diferentes formas de sepse, hemorragias, perfurações de vísceras abdominais e embolia pulmonar, sendo que 57% dessas complicações ocorreram nas primeiras 24 horas após o procedimento cirúrgico. Segundo os autores, entre os fatores de risco para o surgimento de complicações graves estão os cuidados insuficientes de higiene para a realização do procedimento, infiltração excessiva para a remoção de gordura e seleção inadequada de pacientes. A falta de experiência cirúrgica

foi um fator contribuinte notório, particularmente em relação à identificação antecipada de ocorrência das complicações (LEHNHARDT e cols., 2008).

Segundo You e cols. (2015), as taxas globais de complicações global em pacientes que se submetem à lipoaspiração estão entre 8,6 a 20%, sendo a complicação mais comum a deformidade do contorno no local do procedimento (20%), seguido de seroma, hiperpigmentação, assimetria e cicatriz hipertrófica. Em relação às complicações letais, destacam-se a necrose de pele, infecção, fasciíte necrosante, embolia pulmonar; as taxas de óbito estão entre 0,02 a 0,25% dos casos.

No Brasil, são observadas divulgações contantes na mídia e pela população geral, relacionados à complicações e óbitos decorrentes da lipoaspiração. Estudos mostram alguns casos específicos de embolia gordurosa no terceiro dia pós operatório (COSTA e cols., 2008); sete óbitos pós-lipoaspiração por tromboembolismo pulmonar (n=3), embolia gordurosa (n=01), perfuração de alça intestinal (n=01), hemorragia (n=01) e um de causa indeterminada (AVELAR;LAPERTOSA; VERSIANI, 2010).

Com o objetivo de descobrir fatores envolvidos nas intercorrências graves e nos óbitos em lipoaspiração no Brasil, Cupello e cols. (2015) enviaram questionários para obtenção destas informações, através dos *e-mails* de cadastro, para 4.441 membros associados e titulares da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Foram obtidas respostas de 16,61% (n=738) profissionais, sendo que destes, 66,39% (n=490) negaram intercorrências e 33,60% (n=248) as tiveram, sendo as mais relatadas, trombose venosa profunda (n=109); embolia gordurosa (n=30); hipovolemia (n=27); perfuração da cavidade abdominal (n=15); distúrbios do sistema simpático (n=14) e hipovolemia por lipoaspiração excessiva (n=13). Além disso, dos 738 casos, 40 (5,4%) evoluíram para o óbito durante ou após a operação (CUPELLO e cols., 2015).

Apesar dos riscos cirúrgicos, a lipoaspiração é um procedimento altamente eficaz quando realizado por um médico experiente e uma equipe especializada, que leve em consideração o estado geral de saúde e todas as condições pré-existentes de saúde ou fatores de risco do paciente no período pré-operatório. A redução do acúmulo de gordura localizada altera o contorno corporal, o que consequentemente pode trazer melhorias na imagem corporal e autoestima, proporcionando ao paciente uma melhor qualidade de vida (CARMELLO; VINHOLES; FELDENS, 2013). Além disso, segundo Saleh e cols. (2009), a retirada de grande volume de gordura pode causar alterações fisiológicas e metabólicas positivas após a lipoapiração tais como reduções significativas na taxa de pulso e pressão arterial sistólica.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2016) define a abdominoplastia como um procedimento de remoção do excesso de gordura e de pele e que, na maioria dos casos, restaura

os músculos enfraquecidos, criando um perfil abdominal mais suave e tonificado. A cirurgia restaura a flacidez da pele ao redor da região umbilical bem como de estrias situadas entre o umbigo e os pelos pubianos. Dessa forma, é caracterizada pela correção funcional e estética da parede abdominal (ASSUMPÇÃO, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

O procedimento foi iniciado na França em 1880 pelos cirurgiões Demars e Marx, com incisões simples e ressecção de pele e gordura na parede abdominal, sem preocupação com a cicatriz umbilical. Após este período Kelly em 1899 foi primeiro cirurgião a usar a ressecção cutânea elíptica e transversal em torno do umbigo (ASSUMPÇÃO, 2012; NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007). A partir desse período várias técnicas foram desenvolvidas para o aprimoramento da abdominoplastia; atualmente é possível a realização de 13 associações técnicas diferentes para cada tipo de deformidade abdominal com a mesma finalidade: correção de deformidades, mantendo a anatomia do relevo fino do abdome para obtenção de um contorno abdominal harmônico. As técnicas se baseiam em diferentes indicações de tratamento como deformidades cutâneas (excesso de pele), lipodistrofias (excesso de gordura) ou enfraquecimento da musculatura da parede abdominal (NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007).

Atualmente, a associação de abdominoplastia com lipoaspiração é uma alternativa viável tecnicamente para a correção de deformidades subcutâneas causadas pelo excesso de gordura na região abdominal ou excesso de gordura com pouco excesso de pele. Segundo especialistas, a associação dos procedimentos não aumenta os riscos de morbidade e que a lipoaspiração é considerada, em muitos casos, como essencial para a obtenção do melhor contorno corporal abdominal (FREIRE; SILVA; 2007; NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007).

As complicações da abdominoplastia podem ser divididas em sistêmicas e locais, sendo que a mais preocupante no primeiro caso é o tromboembolismo pulmonar que pode acarretar em óbito. Já entre as complicações locais mais frequentes encontra-se o seroma (excesso de líquido retido próximo à cicatriz cirúrgica causando inflamação) (NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007). Outras complicações possíveis são: cicatrizes desfavoráveis; sangramento (hematoma); infecção; risco anestésico; necrose da pele; alterações de sensibilidade da pele; dor; edema prolongado; assimetria; deiscência (reabertura de uma ferida previamente fechada); necrose de tecido adiposo; danos em estruturas mais profundas, tais como nervos, vasos sanguíneos, músculos e pulmões; complicações cardíacas e pulmonares; fios de sutura podem espontaneamente emergir na pele, tornando-se visíveis ou causar irritação que exijam sua

remoção; possibilidade de novo procedimento cirúrgico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

Almeida e Almeida Júnior (2008) realizaram um estudo retrospectivo e consecutivo de 288 abdominoplastias, entre janeiro de 2002 a dezembro de 2006, em pacientes do sexo feminino. Os pesquisadores observaram que as complicações e suas respectivas incidências foram: seroma (n=12; 4,1%); deiscência de cicatriz (n=7; 2,43%); necrose (n=3; 1,04%); hematoma (n=2; 0,69%); trombose venosa profunda (n=1; 0,34%) e embolia pulmonar (n= 1; 0,34%), não sendo observado nenhum caso de óbito.

Apesar dos riscos cirúrgicos descritos, segundo Nahas, Barbosa e Ferreira (2007), a abdominoplastia pode contribuir para a melhoria da estética, restauração da função do balanço da musculatura abdominal alterados após gestações, ganho de peso e envelhecimento.

É importante ressaltar que a decisão de se submeter a qualquer procedimento cirúrgico é pessoal, portanto o indivíduo deverá avaliar se os benefícios poderão atingir os objetivos esperados e se os riscos de complicações são aceitáveis. Além disso, o paciente deve estar ciente de que a segurança da cirurgia depende da realização da mesma por profissionais especializados e experientes, bem como da sinceridade do paciente em relatar ao profissional sobre sua saúde, estilo de vida e expectativas realistas sobre os resultados do procedimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

1.1.4. Estado Nutricional e Cirurgia Plástica Estética

De acordo com Hammond (2005), o estado nutricional (EN) de um indivíduo reflete o grau no qual as necessidades fisiológicas de nutrientes estão sendo atendidas. A ingestão de nutrientes depende do consumo alimentar que sofre influências de fatores socioeconômicos, culturais, ambientais, emocionais, comportamentais e dos efeitos de vários estados de doença sobre o apetite e a capacidade de consumir e absorver nutrientes de forma adequada. As necessidades de nutrientes também são influenciadas por uma série de fatores, incluindo estresses fisiológicos tais como infecção, processos crônicos ou agudos de uma doença, febre ou trauma, estados anabólicos normais de crescimento, gravidez, manutenção do corpo e stress e psicológico e recuperação de procedimentos cirúrgicos (HAMMOND, 2005).

O estado nutricional é um dos fatores independentes que mais exerce influência nos resultados após o procedimento cirúrgico. Indivíduos com excesso de peso, desnutridos ou sob risco de desnutrição parecem apresentar maiores repercussões na resposta orgânica ao trauma

operatório, o que justifica a relevância do consumo de uma alimentação variada e equilibrada em calorias, macro e micronutrientes antes, durante e após a cirurgia (SUZUKI e cols., 2013).

A alimentação equilibrada disponibiliza nutrientes necessários que favorecem a cicatrização e recuperação mais rápidas após a cirurgia, período de ocorrência de intenso processo inflamatório e alterações metabólicas no organismo, as quais incluem edema, hiperglicemia, aumento da taxa metabólica basal, proteólise, fraqueza e flacidez (SUZUKI e cols., 2013).

A avaliação do EN envolve a obtenção de dados referentes à história socioeconômica, dietética, médica e de medicações; exame físico de sinais e sintomas, aferição de medidas antropométricas (peso, estatura e circunferências corpóreas; pregas cutâneas) e de composição corporal (percentual de gordura e massa magra) e dados bioquímicos (SEBROECK; SUZUKI, 2013). Estas avaliações devem ser realizadas, especialmente, em indivíduos que buscam por procedimentos cirúrgicos estéticos, com o objetivo de propor uma prescrição dietética individualizada que poderá contribuir para a melhora e/ou manutenção do estado nutricional do paciente, e consequentemente acarretar resultados cirúrgicos satisfatórios (SEBROECK; SUZUKI, 2013).

A antropometria é um parâmetro importante na avaliação do estado nutricional, pois identifica as dimensões físicas corporais, possibilitando a correlação com referências de acordo com o sexo e faixa etária. A avaliação antropométrica é de grande aplicabilidade para obtenção de informações individuais e a nível populacional por tratar-se de um método rápido, prático e de baixo custo (SEBROECK; SUZUKI, 2013). Em relação ao acompanhamento em cirurgia plástica estética, esta avaliação deve ser realizada antes e após o procedimento cirúrgico com a finalidade de comparação dos dados em termos de evolução. Esta avaliação em curto prazo pode sofrer influências da retenção hídrica própria da resposta inflamatória após a cirurgia (SEBROECK; SUZUKI, 2013).

A estatura e o peso corporais são medidas antropométricas mensuradas para a realização do diagnóstico do estado nutricional através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC: peso/estatura^2), de acordo com a faixa etária e sexo, em desnutrição, eutrofia e excesso de peso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 1995).

Segundo Sarwer e Crerand (2004), muitos indivíduos acreditam erroneamente que procedimentos cirúrgicos como, por exemplo, a lipoaspiração e a abdominoplastia, poderão produzir uma perda de peso significativa, contudo, a quantidade de gordura e tecido removidos geralmente resulta em pouca alteração do peso corporal. Dessa forma, não são considerados tratamentos adequados para redução de peso (SARWER; CRERAND, 2004).

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2016) afirma que a lipoaspiração e abdominoplastia não são tratamentos substitutos para a perda de peso e obesidade ou a um programa adequado de dietas e exercício físico. Embora os resultados dos procedimentos sejam tecnicamente permanentes, o resultado positivo pode diminuir devido a oscilações significativas no peso. Além disso, orienta que indivíduos que planejam perder uma quantidade substancial de peso, bem como mulheres que desejam engravidar são aconselhados a postergar a realização destes procedimentos cirúrgicos estéticos.

Segundo a resolução nº 1.711, de 10 de dezembro de 2003 do Conselho Federal de Medicina (CFM), a cirurgia de lipoaspiração não deve ter indicação para emagrecimento, além disso, os volumes aspirados com segurança para a realização do procedimento não devem ultrapassar 7% do peso corporal quando se utilizar a técnica infiltrativa; e 5% quando se usar a técnica não-infiltrativa. Além disso, não deve ultrapassar 40% da área corporal em nenhuma das técnicas. Diante disso, considerando a técnica infiltrativa, uma pessoa de 60 kg só poderá ter aproximadamente 4,2L de gordura lipoaspirados (BRASIL, 2003). É importante ressaltar que o composto lipoaspirado não é formado apenas por gordura, mas também soro fisiológico e sangue (AYUB FILHO; LUCIANI, 2011).

Embora amplamente utilizado em pesquisas científicas e na prática clínica, o cálculo do IMC de forma isolada não é um parâmetro fidedigno para diagnóstico do estado nutricional, uma vez que não distingue o peso associado ao músculo ou à gordura corporal, sendo, portanto, necessária a avaliação da composição corporal (KAMIMURA e cols., 2005; MIRANDA e cols. 2012; SARNI, 2007). A massa tecidual humana pode ser separada em dois grupos: massa gorda (gordura corpórea) e massa magra (massa livre de gordura). Extraído a gordura corpórea do peso total do indivíduo, obtém-se a massa magra (constituída de proteínas, água intra e extracelular e conteúdo mineral ósseo) (KAMIMURA e cols., 2005; MIRANDA e cols. 2012; SARNI, 2007).

Os padrões de distribuição de gordura são influcenciados por fatores tais como a genética, idade, sexo, tipo de alimentação, prática de exercício físico e dinâmica hormonal. Em geral as mulheres apresentam uma porcentagem proporcionalmente mais elevada de gordura corporal do que os homens, com um número desproporcional de adipócitos nos quadris, coxas e nádegas, constituindo assim a gordura ginóide, enquanto os homens tendem a apresentar uma maior distribuição de gordura na região abdominal, caracterizada como distribuição andróide a qual está diretamente associada ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DOS REIS e cols., 2003). Essa diferenciação entre sexos está relacionada às influências dos esteroides sexuais, uma vez que, no sexo feminino, os estrogênios estimulam a proliferação e

diferenciação dos adipócitos, enquanto no sexo masculino os andrógenos inibem essa proliferação e estimulam a síntese de proteínas favorecendo o aumento das fibras musculares (PANAZZOLO e cols., 2014).

De acordo com Pujol (2011), os hormônios sexuais femininos predispõem ao aumento de massa gordurosa para programar o corpo para armazenar gordura para uso posterior (gravidez ou amamentação). Já durante o processo de envelhecimento, as mulheres diminuem a função ovariana com redução da produção de estrogênio e alteram o perfil metabólico com redução do gasto energético. Estes fatores associados à alimentação inadequada e sedentarismo favorecem o acúmulo de gordura na região abdominal e maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (PUJOL, 2011).

A lipoaspiração é eficaz na mudança de contorno corporal porque permanentemente remove células de gordura distribuídas de forma desigual. Contudo, os adipócitos não são totalmente removidos no procedimento, o que permite o armazenamento de gordura pelas demais células. Dessa forma, a lipoaspiração e outros procedimentos cirurgicos estéticos, como a abdominoplastia não podem promover perda significativa de peso; portanto, não são eficazes para o tratamento do excesso de peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2016), os resultados positivos de cirurgias estéticas como a mastoplastia de aumento, lipoaspiração e abdominoplastia, podem diminuir devido a oscilações significativas de peso. Diante disso, indivíduos com excesso de peso ou mulheres que estão planejando a gestação são aconselhados a postergar a realização de procedimentos cirúrgicos estéticos. Ressalta-se, ainda, que o sucesso e a segurança dos resultados cirúrgicos dependem principalmente do estado de saúde do indivíduo e estilo de vida associados especialmente aos hábitos alimentares e prática de exercícios físicos.

Considerando a importância da manutenção de um bom estado nutricional para a saúde de indivíduos que buscam por procedimentos cirúrgicos, o profissional nutricionista tem papel fundamental na equipe interdisciplinar de cirurgia estética, uma vez que é o profissional capacitado para avaliar o EN e desenvolver um plano alimentar individualizado nos períodos pré e pós-operatório, atuando na modificação de hábitos alimentares inadequados o que contribui para a recuperação cirúrgica e promoção de resultados positivos em curto e longo prazos (PUJOL, 2011).

1.2. Imagem Corporal

A aparência física exerce forte influência na vida de um ser humano; afinal, a forma como nos relacionamos, as oportunidades que temos socialmente, as reações e atitudes de indivíduos para conosco, bem como a vida profissional são determinados através da maneira com que nos apresentamos para os outros. Entretanto, não é apenas a forma como os outros nos percebem que gera grande impacto em nossas vidas, mas a concepção que temos sobre nossa imagem é que exerce maior influência. Além disso, a forma como os outros nos percebem pode ser diferente daquilo que experenciamos subjetivamente. Esta concepção interna e subjetiva sobre o corpo, sendo uma experiência psicológica multifacetada, é definida como imagem corporal (IC) (STENZEL, 2006).

Nos anos de 1930 a 1950 foi Paul Schilder quem delineou as bases fisiológicas da IC a partir da observação de pacientes com lesões cerebrais e seus efeitos em fenômenos psicológicos. Inicialmente, portanto, a imagem corporal foi considerada um construto unidimensional, centrada essencialmente em aspectos perceptivos e neurológicos. Estas primeiras influências resultaram em definições da imagem levando-se em conta a dimensão perceptiva do conceito. Posteriormente, o interesse da perspectiva psicodinâmica pelo tema permitiu que a dimensão subjetiva das experiências corporais começasse a ser alvo de investigação (NAZARÉ; MOREIRA; CANAVARRO, 2010).

De acordo com Cash e Smolak (2011), a IC refere-se à representação mental que o indivíduo possui em relação à medida, contornos e forma de seu próprio corpo, assim como as respostas emocionais a ela associadas. É um elemento indispensável para a formação da personalidade, sendo um fenômeno complexo que tem início na infância e que se modifica durante todo o processo de desenvolvimento de um indivíduo através da interação de fatores biológicos, culturais, afetivos e ambientais. Seu processo de formação pode sofrer influência do sexo, idade, meios de comunicação, bem como da relação do corpo com os processos cognitivos, como crenças, valores e atitudes inseridos na cultura (CASH; SMOLAK, 2011; GARDNER, 2010).

Neste sentido, a IC pode ser estudada sob as perspectivas (CASH; SMOLAK, 2002):

- Sociocultural - propõe que a cultura determina o ideal de beleza e atratividade, os quais são transmitidos pelos pais, pares e mídia (modelo tripartite), que são internalizados individualmente e servem de comparação e de autojulgamento. A discrepância entre o ideal de beleza proposto culturalmente e a imagem corporal percebida, pode contribuir para a insatisfação com o próprio

corpo em ambos os sexos (TIGGEMANN, 2002);

- Evolutiva - aponta que algumas características físicas, especialmente a face e o corpo, são percebidas e consideradas pelos indivíduos para avaliar a qualidade e conveniência da escolha de potenciais parceiros com o objetivo de melhorar as suas próprias chances de sucesso reprodutivo (SWAMI, 2002);
- Genética e biológica - áreas específicas do cérebro, como por exemplo, a amigdala e o córtex cingulado anterior, podem estar implicadas com problemas relacionados à imagem corporal. Embora existam limitações nos estudos, sugere-se que níveis mais elevados de insatisfação corporal e desejo em perder peso estão associados a alterações no alelo S em indivíduos com anorexia e bulimia nervosas, o qual atua no transporte de serotonina no sistema nervoso central. Ressalta-se ainda que as interações gene-ambiente são importantes para a ocorrência de insatisfação com a IC (SUISMAN; KLUMP, 2002);
- Cognitivo-comportamental - inclui influências do passado através de experiências já vivenciadas pelo indivíduo e que determinaram a sua forma de pensar, sentir e agir em relação ao próprio corpo, e eventos futuros que poderão precipitar ou manter as experiências da imagem corporal, e que incluem diálogos internos, emoções voltadas à IC e comportamentos de auto regulação (CASH, 2002);
- Feminista - críticas sociais ao sexo feminino têm sido historicamente apontadas como lócus de controle na vida das mulheres. A teoria feminista atual sustenta que a insatisfação normativa com o corpo observada nas mulheres não se trata de uma patologia individual, mas sim de um fenômeno social. As sociedades ocidentais construíram uma dualidade de entre corpo e a mente, em que as mulheres ainda estão mais associadas ao corpo, enquanto os homens com a mente, fato este que está relacionado com a função reprodutiva feminina. Além disso, desde a infância as meninas são incentivadas a se concentrarem em sua aparência para evitar julgamentos negativos. Esta construção das mulheres como objetos a serem observados e avaliados contribui para a dependência das mesmas em relação à aprovação dos outros (MCKINLEY, 2002);
- Positivista - a imagem corporal é um contructo multidimensional que possui características positivas e negativas. É relevante identificar experiências individuais positivas da IC e avaliar os fatores que contribuiram para que isto

> ocorresse. Estratégias de prevenção e intervenção podem contribuir para a percepção e satisfação positivas em relação ao corpo e consequentemente melhoria da autoestima (TYLKA, 2002).

Atualmente, diversas áreas de conhecimento, como Psicologia, Sociologia, Medicina, Pedagogia, Educação Física e Nutrição têm dado importância aos estudos sobre imagem corporal (PUJOL, 2011). As pesquisas acerca do tema vão além das investigações das alterações patológicas, de forma que estudos experimentais com populações não clínicas e também estudos exploratórios vêm sendo realizados. Na condução destes estudos os autores concordam que a IC pode ser avaliada em duas dimensões: perceptiva e atitudinal (CASH; PRUZINSKY, 2002; CASH; SMOLAK, 2011; GARDNER, 2010).

A avaliação perceptiva refere-se à precisão com que o indivíduo estima o tamanho e a forma de seu próprio corpo, podendo ser preciso, subestimar ou superestimar medidas corporais o que caracteriza a inacurácia na estimação do próprio tamanho corporal (CASH; PRUZINSKY, 2002; CASH; SMOLAK, 2011; GARDNER, 2010). McCabe e cols. (2006) avaliam esta dimensão como resultado na recepção e integração de uma variedade de informações sensoriais, entre as quais visuais, táteis e sinestésicas; fatores subjetivos como o humor e o período menstrual também podem alterar a forma como o indivíduo se percebe (COELHO, 2013).

A dimensão atitudinal da IC é constituída por afetos, crenças e comportamentos e diz respeito a quatro componentes: insatisfação geral subjetiva (insatisfação/satisfação que o indivíduo possa ter em relação à sua aparência global), afetivo (emoções relativas à aparência física); cognitivo (relativo ao investimento na aparência física, a pensamentos distorcidos e crenças sobre o corpo), comportamental (relativo à evitação de situações que possam acarretar em exposição do corpo e comportamento de checagem) (CASH; PRUZINSKY, 2002; CASH; SMOLAK, 2011; GARDNER, 2010). A dimensão atitudinal está relacionada ao aspecto das relações sociais, as quais podem contribuir para a adoção de comportamentos de risco desencadeados pela insatisfação corporal. Para Scagliusi e cols. (2006), a insatisfação com o próprio corpo envolve os componentes avaliativos e afetivos das atitudes em relação ao mesmo. Gardner (2002) ainda define a insatisfação com a IC como a discrepância entre o corpo percebido e aquele considerado como ideal pelo indivíduo.

Ressalta-se ainda que pesquisas desenvolvidas sobre o tema têm utilizado erroneamente alguns termos para descrever estas dimensões em diferentes contextos de amostras não clínicas, como por exemplo, "distúrbio", "transtorno" e "distorção" de imagem corporal. A distorção da imagem corporal trata-se de um distúrbio da dimensão perceptiva, e que envolve aspectos

afetivos, cognitivos, comportamentais e perceptuais que levam à insatisfação patológica em relação ao próprio corpo (SCAGLIUSI e cols., 2006) e que deve ser diferenciada da insatisfação normativa observada atualmente.

Atualmente, vários métodos vêm sendo validados pela literatura para avaliação da imagem corporal, de acordo com o componente do constructo a ser focado; dentre eles, encontram-se questionários, *software*, escalas, desenhos de figuras humanas e escala de figuras de silhuetas, sendo esta última comumente empregada em inúmeras pesquisas da área (CAMPANA; TAVARES, 2009; KAKESHITA e cols., 2009; GARDNER; BROWN, 2010). Independentemente do método a ser aplicado, estudos apontam que as preocupações relacionadas à imagem corporal já são consideradas problema de saúde pública (CASH; SMOLAK, 2011; GARDNER, 2010), sendo observadas não somente em indivíduos com diagnósticos de transtornos alimentares, mas também em pessoas saudáveis de diferentes faixas etárias, grau de escolaridade, classe econômica, renda, etnia cor e raça (ALVES e cols., 2008; ARROYO e cols., 2008; GONÇALVES e cols., 2008; KRONENFELD e cols., 2010; PAXTON e cols., 2006; PEREIRA e cols., 2011).

No Brasil, pesquisas referentes à percepção da imagem corporal ainda são escassas; estudos regionais observam que a inacurácia na estimação do tamanho corporal pode ocorrer entre 40% e 80% das crianças (CECCHETTO e cols., 2015; JUNQUEIRA, 2016); em mais de 40% entre os adolescentes (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006; MOTA e cols., 2012) e em mais de 80% dos adultos (KAKESHITA e cols., 2009; MOTA; BRAGA COSTA; ALMEIDA, 2014; XAVIER; LAUS; ALMEIDA, 2011). Em geral, dados da literatura apontam que as mulheres são menos precisas ao estimar o próprio tamanho corporal, e ainda apresentam uma tendência em superestimá-lo, enquanto os homens são mais precisos e apresentam uma maior subestimação (KAKESHITA e cols., 2009; CAMPANA; TAVARES, 2009).

As pesquisas referentes à satisfação corporal são mais frequentes e diversos estudos referem a insatisfação corporal como uma característica normativa, especialmente na população feminina, em decorrência da sua alta prevalência, que pode variar entre 63 a 76% em crianças (CECCHETTO e cols., 2015; LEITE e cols., 2014; JUNQUEIRA, 2016; PINHEIRO; JIMÉNEZ, 2010; TRICHES; GIUGLIANI, 2006); 60% a 80%em adolescentes (FINATO e cols., 2013; PALUDO; DALPUBE, 2015; PETROSKI; PELEGRINI; GLANER, 2012); 60% a 90% em adultos (ALVARENGA e cols., 2010 a; KAKESHITA e cols., 2009; MOTA; BRAGA COSTA; ALMEIDA, 2014; PELEGRINI e cols., 2014) e entre 60 a 74% em idosos (CHAIM; IZZO; SERA, 2009; FERREIRA e cols., 2014; MENEZES e cols., 2014).

Associado a fatores socioculturais, o Índice de Massa Corporal tem sido reconhecido como um importante fator biológico relacionado à satisfação com a imagem corporal, já que diversos estudos apontam uma associação direta e positiva entre estas variáveis, indicando que indivíduos com excesso de peso são mais insatisfeitos com o corpo quando comparados aqueles com o peso dentro da faixa da normalidade (COUTINHO e cols., 2012; DANIEL e cols., 2014; KAKESHITA, ALMEIDA, 2006; ROSA JUNIOR e cols. 2015; SANTOS e cols., 2015; SAUR; PASIAN, 2008). Isso decorre de um padrão ocidental de beleza adotado atualmente que valoriza um corpo curvilíneo, atlético e magro (FREITAS e cols., 2010) que vai contra o aumento da prevalência nas taxas de sobrepeso e obesidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento observado nos últimos anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), o que reforça a influência do IMC para a avaliação da imagem corporal na população (ROSA JUNIOR e cols. 2015; SANTOS e cols., 2015).

Além do excesso de peso, preocupações com partes específicas do corpo também podem contribuir para a inacurácia e insatisfação corporal em ambos os sexos. Em geral, os homens apresentam maior preocupação em relação à magreza e muscularidade, enquanto as mulheres se preocupam mais com o peso, definição muscular e partes específicas do corpo (seios, abdômem, quadris e coxas) (FORTES e cols., 2015; SAWER; THOMPSON; CASH, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

Segundo Cash (1993), o descontentamento relacionado ao peso e a medidas corporais geralmente contribui para uma imagem corporal negativa e advém de uma ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade, o que pode contribuir para o surgimento de transtornos alimentares, depressão, ansiedade, baixa autoestima, diminuição da sensação de bem-estar e aumento do sentimento de inadequação social (SARWER; CRERAND; MAGEE, 2002).

Em determinados casos, a preocupação excessiva com um suposto defeito corporal percebido pode tornar-se patológico o que caracteriza o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), que se trata de um distúrbio de difícil diagnóstico que geralmente manifesta-se no início da adolescência, e afeta ambos os sexos, podendo causar sofrimento psicológico e comprometimento das relações afetivas, sociais e profissionais, empobrecendo a qualidade de vida do indivíduo. Possui etiologia multifatorial, uma vez que o quadro patológico envolve aspectos neurobiológicos, psicológicos e socioculturais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em geral, inicia-se na adolescência, podendo ser observado ainda na infância. O sofrimento psicológico pode ser vivenciado por até onze anos antes que o paciente busque por ajuda profissional (CONRADO, 2009). De acordo com o estudo de Phillips e cols. (2005) que avaliou

200 indivíduos (68,5 % eram do sexo feminino) com diagnóstico de TDC, a média de idade para desenvolvimento do transtorno nestes indivíduos foi de 16,4 anos (±7 anos), embora a insatisfação com a imagem corporal já tivesse sido vivenciada aos 12,9 anos (±5,8 anos) (PHILLIPS e cols., 2005).

Em relação ao sexo, parece não existir diferenças em relação à frequência (CONRRADO, 2009) embora estudos com amostras maiores observaram que a patologia é ligeiramente mais prevalente no sexo feminino (KORAN e cols., 2008; RIEF e cols., 2006). Contudo, ambos os sexos, parecem apresentar semelhanças em relação à maior parte dos aspectos clínicos e demográficos (CONRRADO e cols., 2009). As pesquisas apontam ainda que indivíduos com diagnósticos de TDC apresentam menor propensão ao matrimonio e maiores taxas de divórcio e desemprego quando comparados aos indivíduos sem a patologia (KORAN e cols., 2008; RIEF e cols., 2006).

Na pesquisa de Phillips e cols. (2005) com 200 indivíduos (137 mulheres: 31,2 ± 12,3 anos; 63 homens: 35,7 ± 11,2 anos), foi observado que os homens eram mais velhos, a maioria era solteira (84,1%) e parte considerável estava desempregada (41,4%). As preocupações mais relatadas em relação à aparência física foram com os genitais, massa muscular (dismorfia muscular) e com os cabelos; já entre as mulheres, a maioria também era solteira (71,5%), parcela considerável (38%) não possuía ocupação e se preocupavam mais com as mamas, coxas e com as pernas, e apresentava maior tendência a camuflar o suposto defeito em relação aos homens (PHILLIPS e cols., 2005).

Fatores genéticos e neurobiológicos parecem estar envolvidos na etiologia do TDC. Entre os indivíduos com a patologia, 8% possuem algum familiar com o diagnóstico da doença, o que representa de quatro a oito vezes a prevalência na população geral (LI; ARIENZO; FEUSNER, 2013). Evidências ainda apontam a relação entre o TDC e o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), observado em um estudo familiar, no qual 7% dos pacientes com a patologia possuía algum familiar de primeiro grau com o TOC (FEUSNER; YARYURA-TOBIAS; SAXENA, 2008). Ressalta-se ainda que, no processo de desenvolvimento do TDC, funções anormais na neurotransmissão de serotonina e dopamina podem estar envolvidas, uma vez que os pacientes apresentam resposta favorável após o uso de medicamentos que alteram os níveis destes neurotransmissores (LI; ARIENZO; FEUSNER, 2013). Pesquisas sugerem que o TDC pode ser desencadeado por doenças inflamatórias que interferem na síntese de serotonina e após lesão na região do lobo frontotemporal (GABBAY e cols., 2003; MATHEW, 2001).

Embora a fisiopatologia do TDC ainda seja desconhecida, casos clínicos com lesões cerebrais e estudos de neuroimagem com ativação cerebral que mostraram padrões de

percepção visual, imagem corporal distorcida e processamento emocional, levaram pesquisadores a propor um modelo para compreensão das disfunções neuroanatômicas, possivelmente envolvidas nos sintomas do Transtorno Dismórfico Corporal, o qual propõe a existência da 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 (FEUSNER; YARYURA-TOBIAS; SAXENA, 2008; LI; ARIENZO; FEUSNER, 2013).

Em relação aos aspectos psicológicos do TDC, duas teorias buscaram esclarecer a etiologia da doença, sendo elas a psicanalítica e a cognitivo-comportamental. A primeira sugere que a patologia surge da transferência inconciente de conflitos sexuais ou emocionais, de sentimentos de inferioridade, culpa ou distorção de alguma parte específica do corpo; enquanto a segunda teoria propõe que o TDC está associado a uma interação de fatores comportamentais, emocionais e cognitivos, os quais incluem atitudes não realistas sobre a imagem corporal relacionada à perfeição e simetria; atenção seletiva aos defeitos percebidos e aumento do monitoramento da presença de defeitos na aparência, além da interpretação inadequada das expressões faciais dos outros como sendo, por exemplo, de crítica ou de raiva. Indivíduos com o transtorno acreditam que a sua aparência é menos atrativa e mais discrepante do que seria ideal (CONRADO e cols., 2009).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), para diagnóstico da doença deve-se considerar os critérios descritos na Tabela 4:

Tabela 4 – Critérios diagnósticos para Transtorno Dismórfico Corporal, segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5) da American Psychiatric Association (2014). Continua

Critérios Diagnósticos
A. Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou que parecem leves para outros.
B. Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo executou comportamentos repetitivos (p. ex., verificar-se no espelho, arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização) ou atos mentais (p.ex., comparando a sua aparência com a de outros) em resposta às preocupações com a aparência.
C. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. A preocupação com a aparência não é mais bem explicada por preocupações com a gordura ou o peso corporal em um indivíduo cujos sintomas satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno alimentar.
Especificar-se: **Com dismorfia muscular:** o indivíduo está preocupado com a ideia de que sua estrutura corporal é muito pequena ou insuficientemente musculosa. O especificador é usado mesmo que o indivíduo esteja preocupado com outras áreas do corpo, o que com frequência é o caso.

Tabela 4 – Critérios diagnósticos para Transtorno Dismórfico Corporal, segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5) da American Psychiatric Association (2014). Conclusão

Critérios Diagnósticos
Indicar o grau de *insight* em relação às crenças do Transtorno Dismórfico Corporal (ex., "Eu pareço feio" ou "Eu pareço deformado". **Com *insight* bom ou razoável:** o indivíduo reconhece que as crenças do Transtorno Dismórfico Corporal são definitivas ou provavelmente que as crenças do Transtorno Dismórfico Corporal são provavelmente verdadeiras. **Com *insight* pobre:** o indivíduo acredita que as crenças do Transtorno Dismórfico Corporal são provavelmente verdadeiras. **Com *insight* ausente/crenças delirantes:** o indivíduo está completamente convencido de que as crenças do Transtorno Dismórfico Corporal são verdadeiras.

Fonte: American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5).

Anteriormente descrito como *dismorfobia*, o TDC causa uma preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física, o que leva o indivíduo a se perceber como feio, sem atrativos, anormal ou deformado. Estas supostas falhas ou defeitos na aparência podem não ser observadas ou parecerem leves para outras pessoas. O foco da preocupação pode ser em uma ou mais partes do corpo como, por exemplo, pele (acne, cicatrizes, rugas), pelos (cabelo "escasso" ou pelo corporal "excessivo"), nariz (tamanho ou formato), tamanho ou partes do corpo (peso, mamas, pernas, coxas, estômago) e também com a simetria de áreas corporais. Essas preocupações são indesejadas e de difícil controle, e ocorrem, em média, de três a oito horas por dia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As preocupações com a aparência também levam à adoção de comportamentos repetitivos ou atitudes mentais excessivas como, por exemplo, comparações com outras pessoas, checagem várias vezes no espelho dos defeitos percebidos, arrumar-se de maneira excessiva; utilizar estratégias de camuflagem (p. ex., maquiagem), tocar as áreas indesejadas para verificá-las; realizar exercícios em excesso e buscar por procedimentos estéticos. Enquanto alguns indivíduos se bronzeiam de forma excessiva para escurecer a pele "pálida" ou esconder a acne ou mudam constantemente de roupa para camuflar o defeito percebido, outros compram compulsivamente (p. ex., produtos de beleza). Outro comportamento que pode ser realizado é o de arrancar a própria pele com a intenção de melhorar o suposto defeito, o que pode causar lesões cutâneas, infecções ou rompimentos dos vasos sanguíneos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As preocupações excessivas com a imagem corporal observados em indivíduos com diagnóstico de TDC podem contribuir para um sofrimento clinicamente importante, sendo, portanto, observados altos níveis de ansiedade generalizada, ansiedade social, esquiva social, humor deprimido, neuroticismo, perfeccionismo, baixa autoestima, baixa extroversão e altas

taxas de ideação e tentativa de suicídio especialmente na adolescência (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Os indivíduos com o transtorno apresentam prejuízos no funcionamento psicossocial em decorrência das preocupações excessivas com a aparência, podendo variar de moderado (p. ex., esquiva de algumas situações sociais) até graus mais extremos (p. ex., confinar-se em casa). Em geral, o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida são acentuadamente empobrecidos, comprometendo o trabalho e o desempenho acadêmico ou de papeis (p. ex., como pais ou cuidadores). Aproximadamente 20% dos jovens com TDC referem desistência da escola devido à sintomatologia, havendo prejuízos nos relacionamentos afetivos e atividades sociais. Parcela importante dos pacientes adultos e adolescentes com TDC necessita de internação psiquiátrica para tratamento da doença (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A prevalência deste transtorno ainda não é bem estabelecida, contudo, estima-se que a patologia afete aproximadamente 1 a 2% da população geral. Estudos avaliando amostras maiores indicam a prevalência nos EUA de 2,4% (2,5% das mulheres; 2,2% dos homens) e de 1,7 a 1,8% na Alemanha com distribuição entre os sexos semelhante à dos EUA. Pesquisas sugerem que a prevalência do TDC seja superior em populações específicas quando comparada à população em geral, sendo observado em13 a 16% de pacientes psiquiátricas, 9 a 15% entre pacientes dermatológicos, 8% entre adultos de ortodontia, 10% entre pacientes que buscam por cirurgia facial ou maxilofacial, 7 a 8% entre pacientes norte-americanos de cirurgia estética e 3 a 16% entre pacientes de CPE em outros países (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; CONRADO, 2009).

Segundo Sarwer e Crerand (2004), a insatisfação com o corpo é o principal fator motivador para a busca de cirurgias plásticas estéticas entre indivíduos que sofrem de transtornos relacionados à imagem corporal. Diante disso, torna-se relevante o entendimento das relações entre os distúrbios da IC e a procura por procedimentos cirúrgicos.

1.2.1. Imagem Corporal e Cirurgia Plástica Estética

Segundo a literatura, a insatisfação com a imagem corporal tem sido considerada o principal fator motivador para a realização e aumento do número de cirurgias plásticas estéticas atualmente (LUNDE, 2013; SARWER; CRERAND; MAGEE, 2002; SWAMI e cols., 2011). Neste sentido, as perspectivas socioculturais, evolutiva de atratividade; cognitivo-comportamental e feminista contribuem para a compreensão do aumento desta (SARWER; CRERAND; MAGEE, 2002).

Sarwer e cols. (1998) propuseram um modelo teórico para explicar a relação entre a IC e a cirurgia estética. Segundo os pesquisadores, fatores físicos e psicológicos exercem influência sobre a imagem corporal, bem como a decisão de procurar procedimentos cirurgicos estéticos. A aparência física é uma parte importante da IC, pois é uma fonte primária de informação que outros indivíduos usam para guiar as interações sociais. Assim, ela desempenha um papel fundamental na determinação de crenças e comportamentos sobre o próprio corpo (SARWER e cols., 1998). Sob essa perspectiva, parece existir uma tendência em considerar que indivíduos buscariam, por meio da CPE, reduzir uma possível inconsistência ao avaliar sua imagem corporal global e uma avaliação negativa sobre partes corporais em específico diante das quais estariam insatisfeitos (SWAMI e cols., 2011).

É importante ressaltar que, em comparação aos homens, as mulheres sofrem maiores influências dos padrões estéticos sócioculturais para atingir "ideais" de magreza e atratividade física os quais são relacionados a sucesso, felicidade, autocontrole, aceitação e *status* social, (SMOLAK, 2004; SWAMI e cols., 2009), o que pode justificar a maior prevalência de realização de cirurgias estéticas no sexo feminino (SLEVEC; TIGGEMANN, 2010; SWAMI e cols., 2011).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2016), a crescente prevalência do número de cirurgias estéticas observadas no Brasil decorre do aumento de cirurgiões plásticos capacitados, dos avanços tecnológicos que tornaram as cirurgias mais seguras e menos invasivas, bem como a ascensão social de algumas classes e a facilitação de pagamento dos procedimentos. Além disso, o clima tropical brasileiro, onde os corpos encontram-se mais expostos, associados à valorização aos atibutos físicos, também favorecem este aumento.

Segundo Campana, Ferreira e Tavares (2011), no Brasil o corpo feminino na visão das próprias mulheres, considerado como belo, deve ser magro, de pele clara, cabelos loiros e lisos, com poucas curvas. Para os homens, o corpo feminino ideal, constitui-se de curvas, seios grandes, "empinados" e firmes, e nádegas bem torneadas. Já o corpo do ideal do sexo masculino constitui-se de traços da face bem marcados e equilibrados, altura em torno de 1,80 metros, baixo percentual de gordura, abdome definido, tórax e ombros largos. Atingir estes ideais seria alcançar a perfeição, harmonia, beleza e a realização da essência do homem divino no corpo.

Coelho (2013) dicute que o corpo passou a ser mais importante que a vestimenta, se transformando em uma verdadeira "roupa", que deve ser exibida, moldada, trabalhada e osturada. No estudo de Malisse (2002[1] *apud* COELHO, 2013), em sua pesquisa com brasileiras

[1] MALISSE, S. Em busca dos (h)alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: GOLDENBERG, M. (Org.). **Nu & vestido.** Rio de Janeiro: Record, 2007. p. 79-137.

e francesas, a autora observou que enquanto as francesas procuram se produzirem com roupas cujas cores e formas podem disfarçar gorduras indesejadas, as brasileiras expõem o corpo e reduz a roupa como um instrumento de valorização do corpo, sendo ainda que essa exposição também poderia explicar o aumento da busca por procedimentos cirúrgicos estéticos no Brasil (COELHO, 2013; MALISSE, 2002).

A prática da CPE vem se tornando comum para alcançar o padrão estabelecido culturalmente, bem como para obtenção de prestígio em uma sociedade. Parece exitir uma associação entre corpo e prestígio na cultura brasileira, onde as mulheres com maior sucesso são as atrizes e as modelos que, portanto ganham um valor a partir de seus corpos (COELHO, 2013). Este fenômeno pode ser explicado através da Teoria da Imitação Prestigiosa de Marcel Mauss (1974[2] *apud* COELHO, 2013), que afirma que os indivíduos de cada cultura constroem seus próprios comportamentos e corpos, de forma que, em cada momento histórico sempre existirá um modelo corporal padrão que será sinônimo de sucesso, prazer e prestígio.

Amaral, Fortes e Ferreira (2014), consideram que a popularização da CPE pode ser atribuída a três fatores: o aumento da diversidade de tratamentos com métodos menos invasivos, influência dos veículos de comunicação (p. ex., revistas, programas televisivos etc.) e a exposição de pessoas famosas que foram submetidas a cirurgias estéticas e que servem como modelos de corpos considerados belos. Atualmente, ícones do sexo feminino divulgados pela mídia possuem um corpo curvilíneo, com músculos definidos e seios grandes, e que só serão atingidos através da realização de técnicas cirúrgicas, como a lipoaspiração e a mastoplastia de aumento associadas a dietas restritivas e prática excessiva de exercícios físicos (SARWER; CRERAND, 2004; SARWER e cols., 2004).

Os autores ainda discutem que a disseminação da prática de procedimentos cirúrgicos estéticos resultantes da busca por um padrão de beleza, pode ser refletida em outras esferas da vida do indivíduo, alterando não só a forma como o corpo se apresenta para si e para os outros, mas também a estima pelo próprio corpo e pelo corpo do outro; sendo assim, a IC associa-se com a motivação de estratégias para modificação da aparência, como a perda de peso, o uso de cosméticos e a realização de cirurgias plásticas (AMARAL; FORTES; FERREIRA, 2011; SARWER; CRERAND, 2004; SARWER e cols., 2004).

Como descrito anteriormente, o aumento do desejo em realizar cirurgias estéticas pode ser explicado pelas perspectivas relacionadas à aparencia física descritas por psicólogos sociais e

---

[2] MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia.** São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.

biólogos evolucionistas nas últimas décadas. Estudos têm sugerido que indivíduos fisicamente atraentes, em comparação com aqueles considerados menos atraentes, são mais aceitos e recebem tratamento preferencial em diversas situações ao longo da vida. Os biólogos evolucionistas sugerem que estas preferências são geneticamente programadas para atingir o objetivo evolutivo da reprodução. Vários estudos têm sugerido que os indivíduos são mais sensíveis à juventude, a simetria corporal e à redução da relação cintura-quadril, porque estes aspectos sinalizam a capacidade reprodutiva de um parceiro em potencial. A partir desta perspectiva, procedimentos estéticos são utilizados como alternativas para alterar e atingir as características físicas desejáveis (SARWER; CRERAND 2004).

Segundo Hass, Champion e Secor (2008), tanto homens quanto mulheres estão buscando a cirurgia plástica como forma de atingir o corpo ideal; os fatores motivadores destes indivíduos estão relacionados a aspectos sociais e emocionais, e que podem também estar associados a algum tipo de transtorno alimentar ou distúrbio de imagem corporal.

Estudos que avaliaram as atitudes que predispõem a aceitação para a realização de cirurgia plástica estética em adolescentes, universitárias e adultos, verificaram que fatores como a influencia da mídia, a internalização de um padrão corporal, a menor valorização do próprio corpo e baixa autoestima foram preditores significativos para a aceitação da cirurgia plástica estética (FREDERICK; LEVER; PEPLAU, 2007; LUNDE, 2013; SWAMI e cols., 2009).

Frederick, Lever e Peplau (2007) avaliaram a influência da mídia, de crenças religiosas, autoestima, autoavaliação de atratividade e satisfação com a vida no interesse para a realização da CPE em uma amostra de 204 britânicos (114 mulheres e 90 homens) com idade entre 18 e 74 anos (34,73 ± 16,14 anos). Ainda foram avaliados dois fatores quanto às atitudes em relação à cirurgia: a probabilidade em se submeter ao procedimento e os benefícios em realizá-lo. Os dados revelaram que as mulheres que apresentaram maior busca e exposição à mídia em relação à cirurgia estética, baixa autoestima, menor satisfação com vida, pior auto-avaliação de sua atratividade e poucas crenças religiosas, possuíam uma maior probabilidade em se submeterem à cirurgia estética. Além disso, verificou-se que a religiosidade (ateísmo) e a baixa autoestima foram os dois fatores que mostraram maior predição para a realização do procedimento, enquanto a influência da mídia, a satisfação com a vida e atratividade foram preditores para os benefícios em realizá-lo (FREDERICK; LEVER; PEPLAU; 2007)

Também avaliando o interesse em realizar a CPE, Frederick, Lever, Peplau (2007) verificaram, em uma amostra de 52,677 pessoas, de ambos os sexos (idade entre 18 a 65 anos), que muitas mulheres estava interessada (48%) ou possivelmente interessadas (23%) em realizar o procedimento cirúrgico. Uma minoria substancial de homens também tiveram interesse (23%)

ou estavam possivelmente interessados (17%). Foi ainda observado que os indivíduos interessados especificamente em submeter-se à lipoaspiração apresentaram uma pior avaliação de sua imagem corporal e estavam com o peso acima da faixa de normalidade.

O IMC tem sido associado como grande fator motivador para a aceitação da cirurgia plástica estética, especialmente nas mulheres (LUNDE, 2013; SAWAMI e cols., 2011), sendo que muitas acreditam erroneamente que procedimentos cirúrgicos, como por exemplo, a lipoaspiração e a abdominoplastia, poderão produzir uma perda de peso significativa, quando na realidade a quantidade de gordura e tecido removidos geralmente resulta em pouca alteração do peso corporal (SARWER; CRERAND, 2004).

Em relação à motivação para decisão em se submeter à mastoplastia de aumento, Solvi e cols. (2010) apontam para processos psicológicos observados em sua entrevista qualitativa realizada com mulheres (idades: 19 a 46 anos) submetidas ao procedimento. Os autores relacionaram a motivação com a feminilidade, insatisfação com a aparência, idealização de figuras midiáticas, autoestima, comentários de outras pessoas, roupas e sexualidade. Os fatores mais relatados pelas participantes para a tomada de decisão para a realização cirúrgica foram a mídia, o conhecimento de ex-pacientes qua haviam realizado o procedimento, a confiança nos médicos, a facilidade para pagamento e o parceiro amoroso (SOLVI e cols., 2010).

De acordo com Sarwer e Crerand (2004), mais que 50% das candidatas à mastoplastia de aumento relatam evitar mostrar seus seios para outras pessoas e utilizam estratégias de camuflagem, como uso de soutiens com preenchimento ou roupas especiais, para disfarçarem o tamanho dos mesmos. A preferência por possuir seios maiores, desde que não sejam desconfortavelmente grandes, está associada às percepções de feminilidade e sexualidade entre as mulheres (SWAMI e cols., 2015). É relevante ressaltar que os seios possuem papel fundamental na identidade feminina, de caráter único e que só pode ser experenciado pela mulher; desejado desde a infância, é idealizado pela menina até a sua vida adulta, nesse sentido, a relação entre ser feminina e ser mulher está diretamente associada ao mesmo. Em primeiro lugar pelo aspecto sexual, por tratar-se de um órgão de intenso investimento erótico sensível às carícias amorosas e em segundo plano fica a representação materna onde o seio evidencia a capacidade materna mediante as necessidades do filho (SILVA; BARBOSA, 2011).

Pesquisas comparando a satisfação corporal entre mulheres que procuravam e aquelas que não buscavam pelo procedimento cirúrgico estético revelaram que as candidatas à CPE apresentaram altos níveis de insatisfação com a IC e estavam mais insatisfeitas com a própria imagem comparativamente às que não desejavam realizar a cirurgia. Ressalte-se ainda que a indivíduos que se submentem à cirurgia estética apresentam maior insatisfação em partes

específicas do corpo em relação à aparência geral (MENINGUAD e cols., 2001; SANTE; PASIAN, 2011; SARWER e cols., 1998; SARWER e cols., 2005).

Após o tratamento cirúrgico, enquanto pesquisas apontam altos níveis de satisfação com a IC por até dois anos (BOLTON e cols., 2003; CASH; DUEL; PERKINS, 2002; FERRARO, ROSSANO; D´ANDREA, 2005; FERRAZ; SARWER e cols., 2008, SERRALTA, 2007; VON SOEST; KVALEM; ROALD, 2009), outros autores discutem que, apesar das melhorias na avaliação da prórpria imagem, indivíduos mais preocupados com a aparência física ainda podem apresentar insatisfação com sua IC, uma vez que os resultados cirúrgicos podem não corresponder às suas expectativas. Além disso, podem descrever sua aparência física de maneira que não corresponde à sua IC real (SARWER; CRERAND, 2004). Dessa forma, a mudança ocorrida no corpo através da CPE nem sempre é acompanhada proporcionalmente pela mudança na percepção corporal (AMARAL; FORTES; FERREIRA, 2011).

Sarwer e cols. (2002) apontam que a insatisfação com a IC pode ser maior caso ocorram complicações no pós-operatório, o que contribui para o sofrimento psicológico. Sante e Pasian (2011) ainda argumentam que algumas pessoas consideram os procedimentos estéticos como única alternativa de resolução de supostos defeitos na aparência, o que pode levar à diminuição de seu efetivo cuidado corporal comprometendo o sucesso cirúrgico o que leva a uma avaliação negativa em relação à própria imagem.

Cash e Pruzinski (2004) discutem que, ao modificar partes do corpo, pode haver uma adaptação da IC; esse processo segue uma trajetória que tem primeiramente a percepção da transformação da aparência (percepção visual e sensorial). A próxima etapa constitui modificações cognitivas, ou seja, quando há alteração no modo como o indivíduo pensa sobre a sua aparência e experiência corporal. Em seguida são as transformações emocionais que ocorrem vinculadas ao grau em que esta mudança influenciará na autoestima; por fim, são as transformações comportamentais. Após tais mudanças, quem se sente melhor com a nova aparência, possivelmente, adota novas formas de comportamento, que podem influenciar nas relações sociais e nas formas de relacionar-se com o mundo e consigo; portanto, existe dentro deste contexto um processo adaptativo individual (AMARAL; FORTES; FERREIRA, 2011).

Para Sarwer e cols. (1998), as atitudes em relação à IC estão relacionadas à cirurgia plástica estética dentro do contexto da influência por ela exercida na tomada de decisão em realizar o procedimento. Para os autores, as atitudes em relação à imagem corporal possuem duas dimensões: valor e valência. A valência da IC relaciona-se à importância desta para a autoestima do indivíduo e pode variar em função de partes do corpo. Já o valor da IC pode ser entendido como o grau de satisfação ou insatisfação com a aparência. Neste modelo, a aparência

física é um potente determinante da percepção corporal e suas influências psicológicas podem ser definidas como percepção da aparência, ou seja, a acurácia na determinação da forma e tamanho das características corporais (SARWER e cols., 1998).

Para Pitanguy (1992), a compreensão sobre a IC é primordial, sendo um importante componente da identidade pessoal. Afirma ainda que a busca de melhorias na própria imagem e nas formas de manutenção da integridade do indivíduo funcionam como poderosas fontes de motivação interna humana, associando a estes fatores o desejo disparador da busca pela CPE. Swami e cols. (2009), discute que uma das justificativas para a realização da cirurgia plástica estética é a busca pela cura de aspectos emocionais depreciativos, especialmente em relação à autoestima do indivíduo. Segundo o autor, a CPE possui seu caráter reparador em função de ofertar a possibilidade de eliminação ou tratamento de uma patologia psicológica, o que justificaria essa opção.

Campana, Ferreira e Tavares (2012) fazem referência aos defeitos reais ou imaginários do corpo explicando que se tornam foco na vida do indivíduo, na sua vida social, suas relações afetivas, incitando-o na busca pelo corpo ideal, por meio de dietas, exercícios e CPE. Sugerem, ainda, que as mulheres são mais predispostas a correr riscos e suportar dores físicas, como por exemplo, em procedimentos da CPE, nos quais elas se submetem a um trauma cirúrgico (p. ex., lipoaspiração, abdominoplastia, mamoplastia).

Segundo a literatura, a busca pela cirurgia estética pode estar relacionada a algum tipo de psicopatologia, que seria tratada de forma adequada pela psicoterapia do que pela realização de procedimentos estéticos (DE BRITO e cols., 2013; SARWER; CRERAND, 2004).

Ainda em 1967, Knorr, Edgerton e Hoopes descreveram a respeito de deformidade mínima e a insatisfação de alguns pacientes que se submeteram à cirurgia plástica, classificando-os de *insatiable patients* (pacientes insaciáveis). De acordo com os autores, esses pacientes, geralmente, solicitavam múltiplas cirurgias para corrigir defeitos imperceptíveis, ou inexistentes, e estavam muito insatisfeitos com os resultados cirúrgicos, apesar de tecnicamente adequados (KNORR; EDGERTON; HOOPES, 1967).

De acordo com Phillips e cols. (2000), pacientes com Transtorno Dismórfico Corporal buscam com frequência por CPE como tentativa para solucionar a extrema insatisfação com a aparência, queixando-se de preocupações com defeitos mínimos ou inexistentes (SARWER; CRERAND, 2004). Veale (2000) verificou em sua amostra de pacientes com TDC (n=25) que 60% destes já haviam se submetido a pelo menos um tipo de CPE. De Brito (2011) avaliou sintomas de TDC em uma amostra de 300 pacientes adultos, de ambos os sexos (85,3% eram mulheres), no período pré-operatório de cirurgia plástica estética, sendo observadas altas

prevalências de sintomatologia em candidatos à abdominoplastia (57%; n=90), rinoplastia (52%; n=151) e ritidoplastia (42%; n=59).

Estudos realizados nos EUA com pessoas que haviam sido submetidas a algum procedimento cirúrgico estético, demonstrou que de 5% a 15% apresentavam TDC (PHILLIPS e cols., 2010). No Brasil, 14% dos indivíduos que já passaram por algum tratamento estético apresentam quadro patológico (CONRADO, 2009).

Buhlmann e cols. (2010) investigaram, na Alemanha, a prevalência do TDC e características associadas, como o suicídio e realização de cirurgia plástica estética, em 2.510 indivíduos, de ambos os sexos. Os pesquisadores verificaram que a prevalência do TDC foi de 1,8% (n=45) nesta população. Além disso, indivíduos diagnosticados com a patologia referiram maior histórico de procedimentos cirúrgicos estéticos do que aqueles sem o diagnóstico do transtorno (15,6% vs. 3,0%), bem como taxas altas de ideação e tentativas de suicídio (31,0% vs. 3,5%) em decorrência das preocupações com a aparência física (22,2% vs. 2,1%). Diante dos resultados, concluiu-se que o TDC trata-se de uma patologia associada a uma morbidade significativa (BUHLMANN e cols., 2010).

Embora os pacientes com TDC frequentemente acreditem que os procedimentos estéticos são as únicas intervenções viáveis para amenizar suas angústias relacionadas ao descontentamento com a IC, tais procedimentos raramente contribuem para a solução dos problemas psicológicos decorrentes da patologia. A maioria dos pacientes relata insatisfação com os resultados, sendo que em alguns casos os tratamentos cosméticos podem ainda agravar a preocupação com a aparência física ou direcionar a preocupação para outra parte física (DE BRITO e cols., 2013). A investigação conduzida por Phillips e cols. (2001) demonstrou que apenas 7,3% de todos os tratamentos não-psiquiátricas resultou na melhora dos sintomas do TDC. Pavan e cols. (2008) apontam que o melhor tratamento para indivíduos com este quadro patológico deve ser através de medicamentos de recaptação de serotonina e terapia cognitivo-comportamental.

Atualmente, o reconhecimento do diagnóstico do TDC na prática clínica de CPE é um desafio. Indivíduos portadores da patologia buscam com frequência procedimentos cirúrgicos estéticos, com o desejo de corrigir o suposto defeito físico observado em sua aparência e melhorar a extrema insatisfação com a IC. A insatisfação corporal é o principal sintoma do TDC sendo que, associada a outros transtornos mentais, pode comprometer a percepção do resultado cirúrgico em termos de satisfação, o que torna fundamental a avaliação e diagnóstico de possíveis psicopatologias anteriormente ao procedimento cirúrgico (DE BRITO, 2011; PECORARI e cols., 2010). Sarwer e Crerand (2004) afirmam que a maioria dos indivíduos que

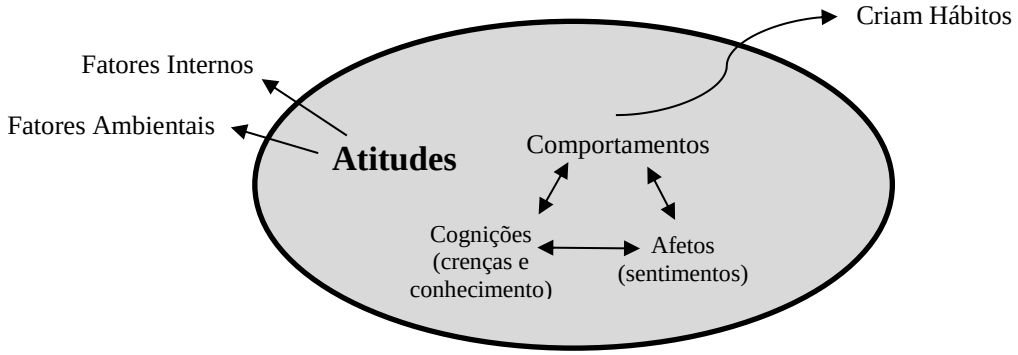
busca por procedimentos cirúrgicos estéticos apresentam insatisfação com a imagem corporal, sendo que aqueles que apresentam níveis elevados de insatisfação com o corpo ou que apresentam TDC devem ser encaminhados a um psiquiatra ao invés de recorrer às cirurgias.

1.3. Atitudes Alimentares e Cirurgia Plástica Estética

Segundo Alvarenga e Koritar (2015), a atitude alimentar é o termo mais apropriado para explicar a relação do indivíduo com sua dieta. Embora existam diferentes definições para esta expressão, a atitude é um constructo que deve ser compreendido através de três componentes: afetivo (atribui-se a sentimentos, humor e emoções favoráveis ou não decorrentes de um objeto específico); cognitivo (atribui-se a crenças e conhecimento acerca do objeto, e que pode sofrer influências de fatores diversos) e volitivo (refere-se à vontade, ação e intenção comportamental relacionado ao objeto de acordo com as cognições e afetos) Dessa forma, as atitudes permitem compreender e predizer os comportamentos (ALVARENGA; KORITAR, 2015).

Alvarenga e Koritar (2015) ainda discutem que os sentimentos vivenciados pelo indivíduo ocorrem sem que haja uma escolha ou controle, eles simplesmente surgem da mesma maneira que os pensamentos, contudo, neste último caso podemos escolher controlá-los, conduzi-los ou acrescentar outros. Já os comportamentos, embora em alguns momentos sejam impulsivos, podem ser escolhidos e resultam dos sentimentos e cognições (ALVARENGA; KORITAR, 2015). Neste sentido, Alvarenga e cols. (2010 b) caracterizaram atitude alimentar como "crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos e relacionamentos com os alimentos". Os autores ainda argumentam que o comportamento alimentar está introduzido nas atitudes e que, diante disso, a relação com o alimento não pode ser denominada "comportamento". A Figura 1 mostra a definição de comportamento inserida nas atitudes alimentares.

Figura 1 - Atitudes alimentares e seus componentes cognitivo, afetivo e comportamental.



Fonte: Nutrição comportamental (ALVARENGA e cols., 2015).

Ressalta-se ainda que as atitudes alimentares sofrem influências de fatores ambientais, tais como a cultura, família, religião, sociedade entre outros, bem como por fatores internos relacionados aos sentimentos, pensamentos, crenças e tabus. A definição de "atitudes" também se veicula com o de "práticas alimentares", abordado em pesquisas de Nutrição e Antropologia. Estas práticas englobam consumo alimentar, contudo se distingue do mesmo por compreender comportamentos relativos a alimentação e opiniões, atitudes, valores, e representações simbólicas (ALVARENGA; KORITAR, 2015).

Dessa forma, a mudança do comportamento alimentar depende da compreensão do mesmo em relação ao que um indivíduo conhece e acredita sobre alimentação e nutrição, bem como seus sentimentos em relação ao alimento. Entender as atitudes alimentares (comportamentos, as cognições e os afetos) de uma pessoa ou de um grupo é considerar que o alimento não se encontra apenas em um plano fisiológico, mas que faz parte da totalidade de um indivíduo (ALVARENGA; KORITAR, 2015).

As atitudes alimentares também impactam as cognições e comportamentos associados à regulação da ingestão de alimentos. Considera-se que a atitude normal em relação ao alimento abrange o entendimento apropriado do alimento para o indivíduo em seus aspectos fisiológico, emocional e social. Sob essa perspectiva, considera-se que os indivíduos realizam suas escolhas alimentares por diversos fatores, e não somente pela contribuição nutricional ou energética que os mesmos possam apresentar e que a manutenção de um bom estado nutricional depende do estabelecimento e manutenção de atitudes alimentares positivas e flexíveis (ALVARENGA; KORITAR, 2015).

De acordo com Catania (1999), o comportamento alimentar pode ser definido como uma função conjunta de fatores filogenéticos, que atuam durante o processo evolutivo de uma dada espécie, assim como de fatores ontogenéticos, que operam nas interações de um dado organismo dessa espécie com seu ambiente ao longo da vida (CATANIA, 1999). Vários destes fatores já foram identificados, sendo eles: biológicos, ambientais e sociais (ALVARENGA; KORITAR, 2015; QUAIOTI; ALMEIDA, 2006).

Os fatores biológicos exercem influências na escolha de que tipo e quantidade de alimentos que cada espécie, em geral, e cada indivíduo, em particular, consomem. O papel dos genes é cada vez mais importante na determinação das relações entre palatabilidade e ingestão podendo determinar fatores tão gerais como preferências e escolha de alimentos (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006). O sexo, idade e estado nutricional são considerados fatores biológicos que influenciam o consumo alimentar associados à regulação de fome e saciedade consequentes das necessidades nutricionais, ou seja, referentes aos mecanismos inatos do indivíduo. Em termos

evolutivos, a preferência pelos sabores salgado e doce aos azedos ou amargos se relacionam à maior obtenção de fonte energética, especialmente pelo carboidrato, e prevenção da ingestão de alimentos que pudessem ser venenosos. Contudo, ressalta-se que as preferências alimentares e o prazer em comer são individuais e podem ser influenciados por diversos fatores, tais como fases de desenvolvimento, genes que influenciam a percepção do sabor, neofobia alimentar, e consumo de vários alimentos (ALVARENGA; KORITAR, 2015).

Os fatores sociais e ambientais se referem às relações que o organismo possui com o meio externo e à capacidade que o mesmo tem de se sociabilizar de forma diferente das outras espécies de animais; o homem, dentre todos os animais, é o que mostra maior dependência em relação aos pais, tendo, portanto, um longo período de socialização (CARVALHO, 2004). Mecanismos psicossociais como renda, classe social, nível de escolaridade, meio, pares, família e mídia influenciam o consumo alimentar. O ambiente possui papel importante na determinação do comportamento alimentar, sendo que, atualmente, existe uma grande oferta e disponibilidade de alimentos industrializados, especialmente ricos em açúcar, gordura e sódio (ALVARENGA; KORITAR, 2015).

O ato de comer trata-se de um processo fisiológico, sociocultural e afetivo. Dessa forma, a alimentação não se constitui apenas de um objetivo primário de satisfação das necessidades nutricionais, mas está acompanhada de um significado emocional justificando a relação entre alimentação e afetividade. O alimento associa-se ao prazer, desejo e satisfação emocional carregado de lembranças e memórias que o indivíduo traz consigo ao longo de sua experiência de vida (ALVARENGA; KORITAR, 2015).

De acordo com Alvarenga e Koritar (2015), atualmente vivenciamos a “crise do comer moderno” em que se desconhece a origem e produção do alimento consumido, resultado das mudanças tecnológicas e industriais, e que tem contribuído para o aumento do excesso de peso nas populações. Em contrapartida, cresce o interesse pela culinária e gastronomia, especialmente por dietas que prometem perda rápida de peso (BETONI; ZANARDO; CENI, 2010).

As atitudes e comportamentos relacionados à alimentação constituem aspectos importantes a serem considerados em indivíduos insatisfeitos com a aparência física. Sabe-se que avaliações negativas em relação à própria imagem podem influenciar as experiências relacionadas ao corpo e levar a investimentos relacionados à aparência desejada e como mantê-la ou alcançá-la. Esses investimentos podem levar à busca de procedimentos cirúrgicos estéticos, bem como à adoção de condutas não saudáveis para perda ou controle de peso, como o uso de anorexígenos, prática exagerada de exercícios físicos, sintomas de ansiedade, depressão, realização de dietas

restritivas e atitudes de compensação da ingestão calórica (PINHEIRO; JIMÉNEZ, 2010; JÁVO e cols., 2012; SCHOMER; KACHANI, 2010).

Considerando o papel central da imagem corporal para a adoção de atitudes e comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimenatres (TA), como a anorexia e bulimia nervosas, sugere-se que ambos podem ocorrer com maior frequência entre pessoas interessadas em procedimentos cirúrgicos estéticos (COUGHLIN e cols., 2012; CRODÁS, 2005; SARWER; CRERAND, 2004). Neste sentido, a importância do IMC e aparência, especialmente no sexo feminino, permite sugerir que a insatisfação com a IC exerce influência sobre a autoestima e consequente procura pelos procedimentos. Da mesma forma, evidencia-se uma estreita correlação entre autoestima, peso e insatisfação com a aparência física e atitudes e comportamentos alimentares inadequados (CORDÁS, 2005; COUGHLIN e cols., 2012; SARWER; CRERAND, 2004).

Apesar dessas superposições teóricas, as pesquisas ainda são escassas em relação aos TA e cirurgia estética.

Pesquisas com amostras não clínicas (CARRION; WEINBERGER-LITMAN; FOGEL, 2011; JÁVO e cols., 2012; MAZZEO e cols., 2007) têm apontado para associação entre insatisfação corporal, atitudes e comportamentos alimentares de risco, como a realização de dietas restritivas e comportamentos compensatórios (p. ex., purgação, indução de vômitos) e de autocontrole sobre a alimentação, e interesse em realizar cirurgias plásticas estéticas. Estes aspectos, especialmente a restrição alimentar, objetivam a redução e ou controle de peso, quadro comum em pacientes com TA. Ressalta-se, ainda, que estes comportamentos podem estar relacionados a sentimento de tristeza, baixa autoconfiança e culpa, considerados critérios diagnósticos para o transtorno de depressão (CARRION; WEINBERGER-LITMAN; FOGEL, 2011; JÁVO e cols., 2012; MAZZEO e cols., 2007).

Estudos com amostras clínicas descrevem relatos de casos de mulheres diagnosticadas com anorexia e bulimia nervosas, que se submeteram a procedimentos cirúrgicos faciais e corporais e apresentaram uma exacerbação dos sintomas alimentares após o procedimento; enquanto outra pesquisa com pacientes submetidas à mastoplastia redutora sugeriu que a maioria das pacientes relatou uma melhora do comportamento alimentar após a cirurgia (SARWER; CRERAND, 2004). Destaca-se, ainda, que a prótese de mama tem sido buscada pelas pacientes com baixo peso e gordura corporal, em decorrência do reduzido tamanho dos seios e como forma de não perderem sua feminilidade, enquanto a lipoaspiração e abdominoplastia tem sido buscadas com o objetivo de reduzir o peso e tamanho corporais (SARWER; CRERAND, 2004; VON SOEST; KVALEM; SKOLLEBORG, 2011).

Coughlin e cols. (2012) avaliaram atitudes preditivas para o interesse de cirurgias plásticas estéticas em pacientes com diagnóstico de transtornos alimentares. Foram avaliadas 129 mulheres (média idade: 29,07 anos±12,42), sendo que destas, a maioria (n=39) apresentava anorexia nervosa do tipo purgativo, seguida por anorexia do tipo restritivo (n=30), bulimia nervosa (n=32) e distúrbios alimentares sem outra especificação (n=28). Observou-se que comportamentos de purgação, a comparação física com padrões ideias de beleza e a associação entre sucesso e aparência física foram os fatores mais preditivos para o interesse em realizar procedimentos cirúrgicos. Verificou-se, ainda, que, entre as avaliadas, 12,4% (n=16) já haviam se submetido a um ou mais procedimentos cirúrgicos estéticos, sendo as mais realizadas em ordem decrescente a mastoplastia de aumento, rinoplastia, lipoaspiração e mastoplastia redutora. Os dados revelaram que, comparados às pacientes que não se submeteram à cirurgia, as que a realizaram eram mais velhas, possuíam IMC mais elevado, estavam mais insatisfeitas com a imagem corporal, faziam um maior de laxantes e medicamentos para perda de peso e apresentavam mais atitudes de purgação e indução do vômito (COUGHLIN e cols., 2012).

No Brasil, Cordás (2005) descreveu um caso de uma paciente de 19 anos, que apresentava comportamento alimentar restritivo e baixo peso há cerca de três anos (1,74 m e 52 quilos, IMC=17,2 kg/m^2). A paciente referiu que contabilizava as calorias de todos os alimentos e, por achar-se obesa, se pesava diversas vezes ao longo do dia e fazia checagens frequentes de corpo ao espelho e também apresentava ausência de fluxo menstrual há dois anos. Apresentava-se irritada e reclamava da intromissão familiar, afirmando que não poderia iniciar a terapia, pois se preparava para uma cirurgia plástica estética. Foi ainda referido que ela já havia se submetido a duas lipoaspirações no ano anterior, sendo que no último procedimento foram retirados aproximadamente um litro de gordura da região abdominal, pernas e quadril. Segundo relato dos familiares, a realização das cirurgias poderia melhorar a satisfação da paciente em relação ao seu formato corporal, o que foi de encontro à opinião do cirurgião plástico, apesar de a paciente estar classificada com desnutrição. Após avaliação médica, a paciente foi diagnosticada com anorexia nervosa e iniciou o tratamento multidisciplinar (CORDÁS, 2005).

Cordás (2005) ainda discute que apesar de alguns estudos sugerirem que após a realização do procedimento estético indivíduos apresentem uma melhoria na avaliação da imagem corporal e dos sintomas depressivos e ansiosos, a paciente em questão ainda se mostrava insatisfeita com os procedimentos já realizados e estava se preparando para uma nova lipoaspiração. O autor ainda ressalta sobre o apoio dos familiares, que acreditavam que a queixa estética da paciente seria o real problema e que a realização cirúrgica levaria à resolução de sua insatisfação com o corpo.

Os transtornos alimentares são patologias psiquiátricas caracterizadas por grandes mudanças do comportamento alimentar e alterações no controle de peso e forma corporal, que podem contribuir para prejuízos clínicos, psicológico e social. Possui etiologia multifatorial (biológica, psicológica, clínica e sociocultural), o que torna o tratamento interdisciplinar essencial (TIMERMAN e cols., 2015). Como já descrito, os comportamentos estão relacionados às cognições e aos afetos, sendo que nos TA os mesmos são disfuncionais em relação ao alimento, tornando-se patológico quando se diferencia de atitudes adotadas de maneira espontânea pela maioria das pessoas que participam de um contexto socioeconômico e cultural. Estes comportamentos de risco à saúde só poderão ser modificados considerando as crenças e sentimentos relacionados à comida (TIMERMAN e cols., 2015). Dentro deste contexto destaca-se a terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o tratamento de indivíduos que apresentam problemas relacionados à imagem corporal e comportamento alimentar antes de se submeterem à CPE (GONÇALVES, 2013; ALVERENGA e cols., 2015).

A TCC parte do princípio de que "as nossas emoções e comportamentos são determinados pela forma que interpretamos a realidade". Trata-se de uma psicoterapia de duração relativamente curta, voltada para o presente, com enfoque na resolução de um problema atual, através da modificação de comportamentos e pensamentos disfuncionais. Auxilia o indivíduo a criar novas estratégias e adotá-las no ambiente promovendo mudanças necessárias, com ênfase nos pensamentos e formas ou se percebe o mundo. A terapia também contribui para detecção e modificação de pensamentos relacionados a sintomas emocionais como depressão, ansiedade, ou raiva, além de levar à reflexão sobre o pensamento, para alcançar o objetivo de trazer um controle consciente acerca das cognições autônomas (PSCIOLARO; FIGUEIREDO; ALVARENGA, 2015).

Tratando-se do comportamento alimentar e imagem corporal, especialmente no caso dos transtornos alimentares, os pensamentos são disfuncionais em relação ao alimento e ao próprio corpo, e só poderão ser modificados por meio da avaliação das crenças e pensamentos relacionados aos mesmos. Neste sentido, auxiliar o indivíduo na identificação de estímulos que antecedem o comportamento, definindo claramente as preocupações/questões que causam sofrimento e avaliar as distorções que estão ocorrendo na forma de o sujeito avaliar a si mesmo e o mundo tornam-se fundamentais para esta abordagem (GONÇALVES, 2013).

A padronização de métodos de avaliação, bem como a identificação de alterações nutricionais e psicológicas antes mesmo da intervenção cirúrgica, contribui para auxiliar melhor o paciente em relação à decisão em se submeter ao procedimento, além de possibilitar o tratamento de possíveis riscos nutricionais e psicopatologias existentes. Diante disso, o

conhecimento do cirurgião plástico sobre a relevância em atuar juntamente com outros profissionais da área da saúde (nutricionista, psicólogo, psiquiatra, dermatologista, fisioterapeuta, educador físico) para a avaliação destes e de outros aspectos importantes no período pré-operatório, visa evitar a ocorrência de eventuais problemas como o sofrimento psicológico do paciente, além de demandas judiciais, emocionalmente desgastantes, para as partes envolvidas (DA SILVA e cols., 2010; DE BRITO, 2011).

Destaca-se, ainda, a atuação do nutricionista na avaliação de pacientes no período pré e pós-operatório de CPE, visando não apenas a promoção do estado nutricional e alimentação saudável, mas principalmente na boa relação do paciente com a comida e com o corpo e, para tanto, assumir uma posição de julgamento, sobretudo em relação aos medos, angústias, e crenças disfuncionais. Dessa maneira, o tratamento não envolve apenas a educação nutricional clássica, mas também a mudança de atitudes e comportamentos alimentares e corporais.

1.4. Justificativa e Hipóteses do Estudo

Considerando que problemas relacionados à IC podem comprometer a percepção e satisfação do indivíduo em relação ao resultado da CPE (SARWER; CRERAND, 2004), a avaliação dessa variável antes e após procedimentos cirúrgicos estéticos torna-se essencial. Além disso, o estudo da relação entre as preocupações com a própria imagem, comportamentos alimentares inadequados e suas consequências para o estado nutricional, pode auxiliar o cirurgião plástico junto à equipe de saúde a elaborar prevenções e intervenções psicológicas e nutricionais aos pacientes antes mesmo da realização cirúrgica (DA SILVA e cols., 2010).

Algumas hipóteses podem ser levantadas no presente estudo:

1ª - O desejo de atingir padrões socioculturais de beleza estabelecidos atualmente, especialmente no sexo feminino, contribui para o aumento do interesse em realizar cirurgias plásticas estéticas. Neste sentido, mulheres que se submetem a tais procedimentos apresentam menor precisão ao estimarem o tamanho corporal, são mais insatisfeitas com a própria imagem e podem apresentar em maior proporção atitudes de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares quando comparadas àquelas que não buscam por cirurgias.

2ª – Mulheres que buscam por procedimentos cirúrgicos estéticos podem apresentar um estado nutricional inadequado, o que pode contribuir para a ocorrência de complicações no perioperatório, sendo, portanto, esta avaliação importante para triagem de solicitantes de CPE.

3ª - Após a CPE, a preocupação com a imagem corporal e os problemas relacionados à alimentação ainda podem estar presentes levando ao desejo da realização de outros procedimentos cirúrgicos estéticos.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Avaliar a imagem corporal, as atitudes alimentares e o estado nutricional de mulheres antes e após a realização de Cirurgia Plástica Estética (CPE).

2.2. Objetivos Específicos:

- Avaliar a imagem corporal com enfoque nos componentes perceptivo (acurácia na estimação do tamanho corporal) e atitudinal (satisfação corporal), com a aplicação da Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) para adultos do sexo feminino e o *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), antes e aproximadamente seis meses após a CPE;
- Avaliar as atitudes alimentares com a aplicação do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), antes e aproximadamente seis meses após a CPE;
- Avaliar o estado nutricional com a aferição das medidas antropométricas (peso e estatura corpóreos para cálculo do Índice de Massa Corporal) e a composição corporal (% de gordura corporal - Bioimpedância Elétrica), antes e aproximadamente seis meses após a CPE;
- Comparar as variáveis avaliadas antes e aproximadamente após a CPE;
- Comparar as variáveis avaliadas, com exceção da composição corporal, entre candidatas à CPE (grupo experimental) e mulheres que não buscavam por cirurgias estéticas (grupo de comparação não equivalente).

3. MATERIAL E MÉTODO

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Delineamento Metodológico da Pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo transversal e prospectivo longitudinal de abordagem quantitativa e descritiva, com delineamento pré e pós-teste.

3.2. Participantes

As participantes do presente estudo foram divididas em dois grupos: grupo clínico (G1) e grupo de comparação não equivalente (G2).

O G1 foi composto por 60 mulheres, adultas, com idades entre 20 e 59 anos, selecionadas para realização de cirurgia plástica estética (abdominoplastia, lipoaspiração e mastoplastia de aumento) em serviços especializados de Ribeirão Preto/SP. As avaliações ocorreram em dois momentos: 1º - antes da CPE; 2º - aproximadamente seis meses após o procedimento cirúrgico.

A escolha de dois serviços médicos distintos para avaliação das participantes do G1 (público: local em que a paciente não possui nenhum custo para o tratamento em si, com exceção do procedimento de mastoplastia adicional em que a mesma arca com a aquisição de próteses de silicone; particular: o paciente arca com todas as despesas decorrentes da cirurgia) foi estabelecida para que a amostra contemplasse indivíduos de diferentes classes econômicas. Considerando que o presente estudo apresenta um delineamento pré e pós-teste, o número da amostra é suficiente e justificado por estar dentro dos parâmetros metodológicos estabelecidos pela literatura (n=20 participantes) (COZBY, 2003). A faixa etária, o sexo e os tipos de cirurgias estéticas estabelecidas correspondem ao maior número de procedimentos realizados atualmente no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016). A amostra foi de conveniência, considerando as pessoas que, convidadas, aceitaram participar do estudo. Depois de selecionadas pelo serviço médico para realização cirúrgica, as participantes do G1 foram contatadas por telefone ou pessoalmente pela pesquisadora, que efetuou o convite para a sua participação neste estudo.

O G2 foi composto por 60 mulheres, com idades entre 20 e 59 anos, funcionárias, estudantes e docentes de uma universidade particular de Ribeirão Preto/SP, que nunca realizaram e que não eram solicitantes de CPE. As participantes do G2 também foram contatadas pessoalmente pela pesquisadora para a realização da pesquisa.

3.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

Grupo clínico - foram incluídas no estudo participantes com idades entre 20 e 59 anos, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido; com indicação de cirurgia plástica estética: abdominoplastia, lipoaspiração e/ou mastoplastia de aumento, que não apresentassem experiência prévia com estes tipos de procedimentos; que não haviam se submetido a outros procedimentos cirúrgicos estéticos ou reparadores.

Grupo de comparação não equivalente - foram incluídas mulheres: com idades entre 20 e 59 anos, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido; com intervalos de idade semelhantes aos do grupo experimental; que não realizaram ou que estavam em busca de procedimentos cirúrgicos estéticos e reparadores.

Foram excluídas do estudo aquelas que não se adequavam aos critérios de inclusão; selecionadas para realização de cirurgia plástica reconstrutora; que apresentavam déficits de audição ou de linguagem que impossibilitassem a comunicação com a entrevistadora e a coleta de dados.

3.4. Locais de Realização da Pesquisa

A coleta de dados do G1 foi realizada em dois locais: ambulatório de cirurgia plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC/FMRP/USP), que se trata de um serviço público considerado centro de referência para realização de cirurgia plástica pelo Sistema Único de Saúde (SUS); e em uma sala cedida por uma Clínica Particular de Cirurgia Plástica conceituada, localizada em Ribeirão Preto/SP.

A coleta de dados do G2 foi realizada nas dependências da Clínica de Nutrição da Universidade de Ribeirão Preto/UNAERP/SP.

3.5. Instrumentos

3.5.1 Caracterização da amostra

3.5.1.1. Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas (APÊNDICES A e B) – elaborado pelos próprios pesquisadores; contemplaram as seguintes variáveis: idade, estado civil, naturalidade, escolaridade e situação empregatícia. Foram ainda investigados:

Grupo clínico: tipo(s) de procedimento(s) cirúrgico(s) a ser(em) realizado(s); antes e seis meses após a cirurgia plástica estética: realização de dietas ou/uso de medicamentos (orientação médica) para redução de peso, acompanhamento nutricional e/ou psicológico/psiquiátrico (uso de medicação), motivação para a realização cirúrgica, satisfação com o peso, satisfação corporal, tempo de insatisfação, satisfação e incômodo em aspectos emocional, profissional, sexual e social, expectativas relacionadas à cirurgia, satisfação com o procedimento cirúrgico, se faria outra cirurgia; dados antropométricos (peso e altura para obtenção do Índice de Massa Corporal - IMC; composição corporal (% gordura corporal).

Grupo de comparação não equivalente: realização de dietas ou/uso de medicamentos (orientação médica) para redução de peso, acompanhamento nutricional e/ou psicológico/psiquiátrico (uso de medicação), satisfação com o peso, satisfação corporal, tempo de insatisfação, satisfação e incômodo em aspectos emocional, profissional, sexual e social, interesse em realizar CPE; dados antropométricos (peso e altura para obtenção do Índice de Massa Corporal – IMC).

3.5.1.2. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ANEXO A) - Foi utilizado o CCEB da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2012), que analisa o poder aquisitivo, que enfatiza a avaliação da estimativa do poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". As classes econômicas são classificadas do maior (A) ao menor (E) poder aquisitivo.

3.5.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES C e D): O TCLE teve a finalidade de possibilitar, aos participantes da pesquisa, o mais amplo esclarecimento sobre a investigação a ser realizada, bem como seus riscos e benefícios, para que a sua manifestação de vontade no sentido de participar (ou não), fosse efetivamente livre e consciente.

3.5.3. Avaliação da Imagem Corporal

3.5.3.1. Escala de Figuras de Silhuetas para Adultos (EFS) (ANEXOS B e C): Foi utilizada para estimar a (in)acurácia e a (in)satisfação com o tamanho corporal. A partir de modelos reais, segundo recomendações metodológicas (GARDNER; FRIEDAN; JACKSON, 1998), este instrumento foi desenvolvido, adaptado e validado para a população brasileira por Kakeshita e cols. (2009) (apresentando coeficientes de fidedignidade satisfatórios: entre 0,70

e 0,90), em uma amostra composta por 280 indivíduos adultos, com idades 18 e 59 anos, heterogênea em relação às classes de IMC, aos extratos econômicos e ao nível de escolaridade. É constituída por quinze figuras de silhuetas de cada sexo que variam de muito magras a muito gordas, com as extremidades relacionadas com o Índice de Massa Corporal (IMC) médio de 12,5 a 47,5 kg/m^2. Os cartões são de 6,5 cm de largura por 12,5 cm de altura, com a figura centralizada em fundo preto, contornada por margem a 0,5 cm equidistantes das bordas da figura e do cartão. Ressalta-se que as imagens nas figuras são condizentes com o biótipo brasileiro, considerando estatura média e as variações de IMC (KAKESHITA e cols., 2009).

3.5.3.2. *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) (ANEXO D): Este instrumento foi desenvolvido originalmente por Rosen e Reiter (1996) de acordo com os três critérios diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal (DSM-IV) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). Trata-se de uma entrevista semiestruturada, composta por 34 perguntas, dispostas em uma escala que varia de zero a seis pontos, designada para a triagem do TDC e mensuração da gravidade da insatisfação com a aparência física em seis dimensões: preocupação e avaliação negativa da aparência física; excessiva importância atribuída à aparência física, na autoavaliação; vergonha, constrangimento e percepções de autorreferência; evitação de situações ou atividades em público, ou contato físico com os outros; estratégias de camuflagem (estilos de roupa e acessórios, tipos de maquiagem e postura corporal); comportamentos de checagem em relação à própria aparência física (inspeção de áreas do corpo, reasseguramento de preocupações com a aparência e comparação com os outros) (ROSEN; REITER, 1996).

Os autores avaliaram as propriedades psicométricas em 694 indivíduos, de ambos os sexos, distribuídos em quatro grupos: pacientes sem e com diagnóstico de TDC e população não clínica composta por professores e universitários. A comparação das duas populações, mostrou que o BDDE apresentou consistência interna satisfatória (alfa de Cronbach = 0,96), com a discriminação das populações clínica da não clínica. Enquanto medida de resultado, o BDDE mostrou-se sensível às mudanças após o tratamento do TDC, sendo considerado instrumento útil como medida de diagnóstico categorial e dimensional, quantificando a gravidade dos sintomas da imagem corporal negativa. Segundo os autores, os dados revelaram que o BDDE poderia diferenciar o TDC de outros tipos de queixas da imagem corporal e da insatisfação com o corpo (ROSEN; REITER, 1996).

No Brasil, O BDDE foi traduzido para o português, adaptado e validado culturalmente por Jorge e cols. (2008) em 90 pacientes em acompanhamento nos ambulatórios de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. Para a validade de construção foram selecionados instrumentos que avaliaram conceitos semelhantes, como o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) (DI PIETRO, 2001) e a Escala de Autoestima Rosenberg (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004). O BDDE mostrou boa consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach de 0,89), confiabilidade e validade de construção para uso no Brasil (JORGE e cols., 2008).

3.5.4. Avaliação das Atitudes Alimentares

3.5.4.1. Teste de Atitudes Alimentares - *Eating Attitudes Test* (EAT) (ANEXO E): Instrumento originalmente desenvolvido por Garner e Garfinkel (1979) em uma amostra clínica (n=65) de mulheres com o diagnóstico de TA e não clínica (n=93), com correlação significativa para validade de critério (r=0,87) e altos níveis de validade concorrente. Composto por 40 itens que avaliam o risco para desenvolvimento de transtornos alimentares divididos em três fatores: dieta (preocupações referentes à intenção de perder peso e ao medo de ganhar peso); bulimia e preocupação com alimentos (problemas relacionados à bulimia nervosa e a comida) e controle oral (controle sobre a comida e pressão social para ganhar peso). Posteriormente, Garner e cols. (1982) conduziram um estudo a partir de dados de mulheres divididas em amostra clínica (n=160) e não clínica (n=140) para a avaliação psicométrica da versão reduzida do instrumento, composto por 26 itens (EAT-26), apresentando alta correlação com o instrumento original (r=0,98) (GARNER e cols., 1982).

No Brasil, o EAT-26 foi traduzido e validado por Nunes e cols. (2005) em uma amostra de 163 mulheres, divididas em grupo com probabilidade de apresentar comportamentos alimentares anormais (n=52; idade: ±24,2 anos) e grupo de comparação (n=111; idade: ±24,3 anos). O instrumento apresentou consistência interna satisfatória (coeficiente alfa de Cronbach de 0,75). O EAT é autoaplicável, composto por 26 itens, que avaliam e indicam a presença de atitudes e comportamentos alimentares anormais em indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares, tais como anorexia nervosa e bulimia nervosa (NUNES e cols. 2005; KOTAIT; BARILLARI; CONTI, 2010).

3.5.5. Avaliação Antropométrica: A avaliação antropométrica constitui em um método de investigação baseado na aferição de medidas corporais utilizada para classificar o Estado

Nutricional (EN) de indivíduos e grupos populacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Os métodos utilizados para a avaliação do EN no presente estudo apresentam baixo custo operacional, não são invasivos e são de fácil utilização na rotina clínica, em protocolos de pesquisa e estudo de campo (KAMIMURA e cols., 2005).

3.5.5.1. Índice de Massa Corporal (IMC): é um dos parâmetros mais utilizados para avaliação do EM, consistindo em um indicador simples que expressa a relação entre o peso do sujeito em quilos dividido pela estatura em metros ao quadrado (IMC=kg/m^2) (SARNI, 2007). Foram utilizados para sua mensuração: Balança portátil digital do tipo plataforma (capacidade para 150 kg, precisão de 100g) previamente calibrada para aferição de peso e estadiômetro portátil (200 cm, precisão de 0,1 cm) para aferição da estatura.

3.5.5.2. Composição Corporal: Para sua avaliação foi utilizada a bioimpedância elétrica portátil (BIA – *bioeletrical impedance analysis*; *Biodynamics* 310 e). Trata-se de um método altamente aceito pela comunidade científica que se baseia no princípio da condutividade elétrica para estimativa dos compartimentos corpóreos. Os tecidos magros são altamente condutores de corrente elétrica em virtude da grande quantidade de água e eletrólitos; já a gordura e o osso são pobres condutores (KAMIMURA e cols., 2005; MIRANDA e cols. 2012; SARNI, 2007). Para sua aplicação foram recomendados: jejum de quatro horas que antecedem o teste; não realizar a prática de exercício físico pelo menos 12 horas antes do teste; não consumir álcool nas 48 horas; não consumir diuréticos nos sete dias que antecedem a avaliação (MIRANDA e cols. 2012).

3.6. Aspectos Éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo/ Campus Ribeirão Preto (CAAE: 07192312.4.0000.5407) (ANEXO F).

3.7. Procedimentos

Após a aprovação do projeto pelo CEP os dados foram coletados no ambulatório de cirurgia plástica do HC/FMRP/USP, na clínica particular de cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP e na Clínica de Nutrição da UNAERP/SP. Foi realizado contato com a equipe responsável por ambos os serviços (público e particular) para divulgação do projeto de pesquisa e explicação dos seus

objetivos, sendo solicitado que os membros da equipe encaminhassem as pacientes que preenchiam os critérios de inclusão do presente estudo, sendo contatadas via telefone ou abordadas após as consultas clínicas. Em relação à participantes do G2, as mesmas foram contatadas pessoalmente pela pesquisadora no *campus* da UNAERP.

As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, sendo orientadas quanto à natureza e objetivos do trabalho, assim como o caráter confidencial das respostas e a necessidade de todos os itens serem respondidos com atenção e responsabilidade. Foi ainda orientado que caso alguma participante apresentasse desconforto de ordem emocional decorrente do processo de responder aos diferentes instrumentos psicológicos e de avaliação antropométrica, a pesquisa poderia ser interrompida sem causar qualquer prejuízo à pessoa. As mulheres que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via foi entregue à participante e a outra foi arquivada pela pesquisadora.

A aplicação dos instrumentos ocorreu em salas apropriadas que permitiam a privacidade da entrevistada, localizadas no próprio espaço físico do serviço médico e em uma sala existente nas dependências da Clínica de Nutrição da UNAERP.

Como já descrito anteriormente, no G1 as avaliações foram conduzidas em dois momentos distintos (antes e aproximadamente seis meses após a CPE), enquanto no G2 a coleta foi realizada em um único momento, sendo utilizados os mesmos instrumentos aplicados ao grupo experimental, com exceção da avaliação da composição corporal através da Bioimpedância Elétrica.

Primeiramente, foram coletados os dados que caracterizaram a amostra. Em seguida aplicados os instrumentos de abordagem quantitativa na seguinte ordem: EAT-26 (autoaplicável); EFS e BDDE (entrevista semiestruturada), conduzidos pela pesquisadora.

Em relação à EFS foi solicitado à participante que escolhesse o cartão, dentre os dispostos em série ordenada ascendente, com a silhueta que melhor representasse a imagem de seu próprio corpo no momento (Escolha Atual – IMC Atual). Anotada a escolha, a mesma indicou o cartão com a silhueta que gostaria de ter (Escolha da Meta – IMC Desejado).

A entrevista do BDDE iniciou-se solicitando ao sujeito que descrevesse aspectos de sua aparência física os quais não gostava durante as últimas quatro semanas, de acordo com as intruções gerais fornecidas no instrumento, segundo Jorge e cols. (2008) (ANEXO D):

> **Período de Tempo:** as perguntas que você formulará estarão relacionadas às últimas quatro semanas da vida do entrevistado. Para facilitar a relembrar este período, comece perguntando ao entrevistado sobre o assunto e sobre o período de tempo e faça com que o ponto de partida seja específico. Uma frase útil para começar seria, "Eu perguntarei sobre as suas últimas quatro

> semanas, quer dizer, o período de tempo que data do dia ____ ao dia ____ (JORGE e cols., 2008).
> **Perguntas com um Asterisco**: deverão ser sempre feitas. As outras perguntas são feitas de acordo com a necessidade, dependendo da informação que você precise. Diga ao entrevistado para usar qualquer número das respostas, não só os números que possuem uma descrição ao lado. Nem todas as respostas estão incluídas aqui; as respostas para as questões 1, 2, 3, 22, 33 e 34 não são fornecidas ao entrevistado, cabendo ao entrevistador escolher a resposta correta. É melhor extrair uma explicação detalhada de como a característica se aplica ou não ao entrevistado. Peça ao entrevistado para discutir as respostas dele ou dela. Discuta o significado que ele ou ela deram àquele número. Por exemplo, porque ele (ela) chamou a característica "extrema" em vez de "moderada". Compare a avaliação dele (dela) com a sua própria impressão. Você não é obrigado (a) a usar o número do entrevistado como a avaliação final. Não conte para o entrevistado que resposta você selecionou (JORGE e cols., 2008).
> **Referindo-se ao Problema de Aparência do Entrevistado**: Começando com a pergunta 4, você pedirá ao entrevistado para refletir sobre o impacto do problema de aparência que ele ou ela referiu no começo da entrevista. Às vezes um problema único ou muito focal não responde por si só por toda a angústia de imagem do corpo. Em tais casos, o entrevistado poderia indicar ou isolar preocupações de aparência que de tal forma pareçam desajeitadas ou artificiais. Nestes casos, seria melhor recorrer a uma combinação de dois ou mais problemas de aparência ou a algum outro aspecto geral de aparência que melhor retrata os sentimentos do indivíduo. Por exemplo, referir sentir-se gordo é mais aceitável que descrever que possui coxas, nádegas, e braços gordos. Ou referir preocupações sobre a face em alguém que se queixa de problemas com o formato da boca e manchas na face. Apenas faça estas generalizações caso seja necessário. Caso contrário mantenha-se atento à reclamação inicial do entrevistado (JORGE e cols., 2008).

Em caso de dúvidas em relação ao vocabulário das questões presentes nos instrumentos foram realizadas explicações sucintas aos respondentes.

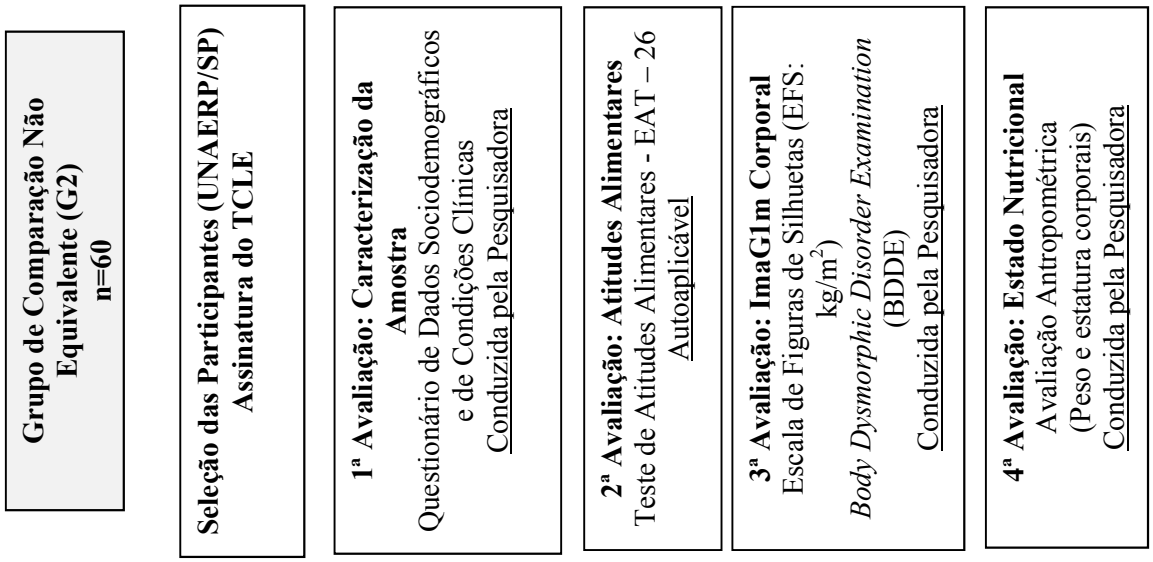
Finalmente foi realizada a avaliação antropométrica e de composição corporal iniciando-se com a aferição de peso. Para tanto, o indivíduo posicionou-se de pé, no centro da balança, descalço e com roupas leves. Para medida da estatura a participante permaneceu de pé, descalço, com os calcanhares juntos, as costas retas, os braços estendidos ao lado do corpo e a cabeça orientada para o plano de Frankfurt (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

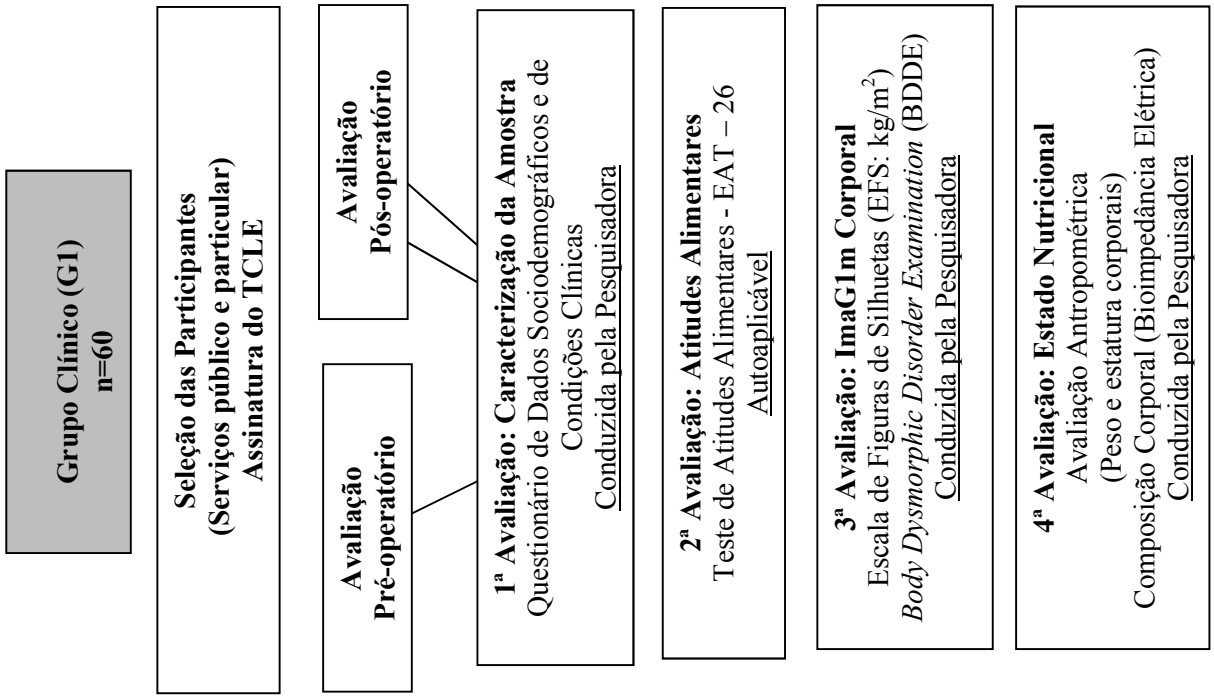
Para avaliação da composição corpórea a participante foi posicionada em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores afastados e mãos abertas, sem uso de quaisquer adornos ou objetos de metal. Em seguida, eletrodos forma colocados em locais específicos do corpo: a) pé direito: eletrodo distal – base do dedo médio; eletrodo proximal – acima da linha de articulação do tornozelo. b) mão direita: eletrodo distal – base do dedo médio; eletrodo proximal – acima da linha da articulação do punho. Por meio dos eletrodos distais foi conduzida uma corrente imperceptível que será captada pelos eletrodos proximais (SARNI, 2007).

Realizamos a divisão do trabalho em estudo 1 (G1 X G2 pré-operatório) e estudo 2 (G2

pré-operatório X G2 pós-operatório). A seguir seguem as etapas conduzidas no presente estudo para a coleta de dados, as quais tiveram duração média de 50 minutos:

Desenhos das Etapas das Coletas de Dados:





3.8. Forma e Análise dos Dados

3.8.1. Imagem Corporal

3.8.1.1. Escala de Figuras de Silhuetas para Adultos (EFS): Para tabulação e análise dos dados da Escala de Figuras de Silhuetas foram considerados os IMC correspondentes às figuras escolhidas, comparados ao IMC Real, obtido pela aferição de peso e estatura durante a coleta. A acurácia na estimação do tamanho corporal foi verificada subtraindo-se o IMC Real (aferido) do IMC Atual (escolhido pelo indivíduo – como ele se vê). Para classificação da Satisfação com a IC foi considerada a relação da diferença entre o IMC Desejado (escolhido pelo indivíduo – como ele gostaria de ser) e IMC Atual. As classificações se basearam em variações das médias de IMC (ANEXO C) (KAKESHITA e cols., 2009).

3.8.1.2. *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE): O instrumento possui 34 questões que variam numa escala de zero a seis, sendo que o zero indica a ausência do fenômeno nos trinta dias anteriores à avaliação. Entretanto, na existência do fenômeno, os escores de um a seis representam a frequência (número de dias presente) e a intensidade (baixa ou extrema). O escore final corresponde à soma das respostas para todas as questões, com exceção das de números: 1, 2, 3, 22, 33, 34, que são resultado da observação clínica do entrevistador e conduzem as demais questões.

A pontuação máxima das 28 questões do BDDE corresponde a 168 pontos. Escores superiores a 66 indicam insatisfação com a aparência física. Escores mais altos significam sintomas mais graves, uma vez que o instrumento é uma medida quantitativa da gravidade dos sintomas do TDC (JORG1 e cols., 2008; ROSEN; REITER, 1996).

Além disso, os sintomas do TDC podem ser investigados através dos critérios diagnósticos (A, B, C), segundo o DSM-IV-TR™ (APA, 1994) (Tabela 5):

Tabela 5 – Critérios de diagnóstico para o Transtorno Dismórfico Corporal – DSM-IV-TR (APA, 1994).

Critérios Diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal – DSM-IV-TR (APA, 1994)
Critério A: Preocupação com um imaginado problema na aparência. Se uma anomalia física leve estiver presente, a preocupação da pessoa é notadamente excessiva.
Critério B: A preocupação causa angústia clinicamente significante ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento.
Critério C: A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental.

Fonte: DSM-IV-TR™ (APA, 1994)

Os critérios A (categorias de resposta: 2, 9, 10, 11, 18 e 19), B (9, 10, 13, 23, 24, 25 e 26) e C (34) são avaliados pelas categorias de respostas descritas no BDDE; pontuação igual ou superior a quatro nas categorias descritas (sendo a máxima seis), caracterizam sintomas de TDC; com exceção da questão de número dois, cuja pontuação é zero ou um (Tabela 6).

Tabela 6 – Pontuação das Categorias de respostas correspondentes aos critérios de diagnóstico para o Transtorno Dismórfico Corporal (A, B e C), descritos no BDDE, segundo DSM-IV-TR (APA, 1994).

Critérios Diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal – DSM-IV-TR (APA, 1994)	
Critério A: Preocupação com um imaginado problema na aparência. Se uma anomalia física leve estiver presente, a preocupação da pessoa é notadamente excessiva.	
Defeito físico observável	#2= 0 ou 1
Preocupação com o problema de aparência	#9 = 4 ou mais alto
Preocupação sobre o problema de aparência em situações públicas ou sociais	#10 =4 ou mais alto ou #11 = 4 ou mais alto
Importância do problema de aparência	#18 =4 ou mais alto
Auto-avaliação negativa devido ao problema de aparência	#19 =4 ou mais alto
Critério B: A preocupação causa angústia clinicamente significante ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento.	
Preocupação com o problema de aparência	#9 = 4 ou mais alto
Preocupação sobre o problema de aparência em situações públicas ou sociais	#10 =4 ou mais alto ou #11 = 4 ou mais alto
Angústia relacionada ao problema de aparência notado por outras pessoas	#13 =4 ou mais alto
Afastamento de situações públicas, sociais, do contato físico e atividade física	#23, #24, #25, #26 = 4 ou mais alto
Critério C: A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental.	
Problema de aparência não considerado por outra desordem	#34=0

Fonte: *Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)* (JORG1 e cols., 2008; ROSEN; REITER, 1996).

3.8.2. Atitudes Alimentares

3.8.2.1. Teste de Atitudes Alimentares - Eating Attitudes Test (EAT): A pontuação do EAT varia de 0 a 78 pontos, considerando uma escala *likert* de seis opções de resposta para cada questão. Para cada alternativa escolhida são conferidos pontos que variam de 0 a 3 - sempre = 3; muito frequentemente = 2; frequentemente = 1; às vezes = 0; raramente = 0; nunca = 0, com exceção da questão quatro que apresenta pontos em ordem invertida: 0, 0, 0, 1, 2 e 3, respectivamente. O resultado do teste é a somatória de todos os pontos dados aos 26 itens. Pontuação maior ou igual a 21 é suG1stiva de atitudes e comportamentos alimentares anormais (GARNER e cols., 1982; NUNES e cols., 2005).

3.8.3. Estimativa do Estado Nutricional (EN)

A partir de valores de IMC foi realizada a análise do EN de acordo com a classificação preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) descrita na tabela 7.

Tabela 7 – Classificação do estado nutricional para adultos, segundo a OMS (2000).

IMC (Kg/m²)	Classificação do Estado Nutricional
< 18,5	Desnutrição
18,5 – 24,9	Eutrofia
25 – 29,9	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidade grau I
35 – 39,9	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000).

Os valores de referência para avaliação do EN em relação ao percentual de gordura corpórea foram classificados de acordo com Lohman (1992) (Tabela 8):

Tabela 8 – Classificação da porcentaG1m de gordura corporal para mulheres, segundo Lohman (1992).

% Gordura Corporal	Classificação
≤ 8%	Magro (Risco para ocorrência de doenças e distúrbios associados à subnutrição)
9 a 14%	Abaixo da média
15% a 22%	Na média
23% a 29%	Acima da média
≥ 30%	Obeso (Riscos para ocorrência de doenças e distúrbios associados à obesidade)

Fonte: Lohman (1992).

3.9. Análise Estatística

Os dados foram tabulados e analisados de acordo com as instruções oferecidas pela literatura referentes a cada instrumento; em seguidas foram conduzidos testes estatísticos apropriados; adotou-se um nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do *software* SAS 9.2.

Os resultados foram descritos por meio da estatística descritiva (frequência, média, desvio-padrão, mediana, valores mínimos e máximos).

- **G1 X G2:**

A comparação de dois grupos (G1 X G2) foi feita através do teste de *Mann-Whitney*, técnica não paramétrica que permite a comparação de dois grupos independentes sem que haja suposições quanto à distribuição dos dados.

A associação entre as variáveis qualitativas de interesse foi realizada pela aplicação do teste *Qui-Quadrado.* Também foi utilizado o *odds ratio* para quantificar a associação entre as variáveis de interesse; tal efeito foi obtido através de um Modelo de regressão logística.

Para analisar a concordância entre EFS-satisfação e auto relato de satisfação das participantes do G1 e G2, foi utilizado o coeficiente *kappa* ponderado, introduzido por Cohen (1960). Quando o coeficiente assume seu valor máximo, 1, corresponde a uma perfeita concordância, enquanto um coeficiente kappa igual a zero indica que a concordância é igual àquela esperada pelo acaso. Valores negativos ocorrem quando a concordância é mais fraca do que a esperada pelo acaso, o que raramente ocorre (AGRESTI, 1990).

- **G2 pré-operatório X G2 pós-operatório:**

A comparação entre os tempos pré e pós-operatórios em relação às variáveis avaliadas foi feita foi conduzida pelo teste *Qui-quadrado* e o *odds ratio* através de um modelo de regressão logística com efeitos aleatórios pertencente à classe dos modelos GEE (*Generalized estimating equations*). Este modelo representa a relação não linear entre a variável resposta e as covariáveis (DAVIDIAN; GILTINAN, 1995). As probabilidades condicionais de uma determinada resposta de cada indivíduo foram estimadas através de uma regressão logística.

Para verificar o efeito de intervenção cirúrgica entre os tempos em relação às variáveis qualitativas foi proposto o teste de *McNemar* enquanto para as variáveis quantitativas foi conduzido o teste de *Wilcoxon.*

4. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS ESTUDO 1

4.1. Resultados Estudo 1

O Estudo 1 descreve os resultados dos dados coletados em 120 mulheres, divididas em:

- ✓ grupo clínico – G1 (n=60), com idades entre 20 e 59 anos, selecionadas para realização de cirurgia plástica estética (abdominoplastia, lipoaspiração e mastoplastia de aumento) em serviços público e particular especializados em cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP. A distribuição, em ordem crescente de realização de procedimentos cirúrgicos pelo G1, está descrita na Tabela 9;
- ✓ grupo de comparação não equivalente – G2 (n=60), com idades entre 20 e 59 anos, sendo estas funcionárias, estudantes e docentes de uma universidade particular de Ribeirão Preto/SP, que nunca realizaram e que não eram candidatas à cirurgia plástica estética.

Tabela 9 – Distribuição das frequências absoluta e relativa do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) estético(s) realizado(s) pelas participantes do grupo clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP, obtidas pela aplicação do Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Procedimento(s)	n	%
Mastoplastia de Aumento	23	38,33
Abdominoplastia / Lipoaspiração /Mastoplastia	14	23,33
Abdominoplastia	07	11,66
Lipoaspiração/Mastoplastia	07	11,66
Lipoaspiração	06	10,0
Abdominoplastia/Mastoplastia	02	3,33
Abdominoplastia/Lipoaspiração	01	1,70
Total	**60**	**100**

Fonte: próprio autor.

4.1.1. Caracterização da Amostra

As participantes do G1 (n=60) apresentaram média de idade de 37,98 anos (±10,93), enquanto as mulheres do G2 (n=60) possuíam, em média, 37,93 anos (±11,83), não havendo diferença estatística entre as idades (p=0,81) (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da média, desvio padrão, valores mínimo, mediana e máximo de idade das participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), obtida através do Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.

	Idade					
Grupos	**Média**	**± DPM**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**	**Valor p**
Clínico (G1)	37,93	11,83	20	35	59	0,81
Comparação (G2)	37,98	10,93	20	36,5	59	

Fonte: próprio autor. Teste de *Mann-Whitney*.

Em relação ao estado civil, verificou-se que a maioria das entrevistadas do G1 era casada era solteira (n=24; 40%) e casada (n=22; 36,66%), enquanto grande parte das entrevistas do G2 era casada (n=29; 48,33%) e solteira (n=28; 46,67%). Além disso, o grupo clínico apresentou um maior número de mulheres divorciadas/separadas (n=14; 23,33%) quando comparadas às do grupo de comparação (n= 03; 5%) (p=0,02) (Tabela 11).

Ao observar as classes econômicas, verificou-se que a maior parte das participantes do G1 pertencia às classes B (n= 28; 46,67%) e A (n=26; 43,33%), enquanto a maioria das avaliadas do G2 era pertencente às classes B (n=37; 61,67%) e C (n=16; 26,67%) (p<0,01). Além disso, os dados mostraram que não houve associação entre grupos e escolaridade, sendo que, a maior parte das participantes de ambos os grupos cursou o ensino superior completo (p=0,08) (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição das frequências absoluta e relativa das características sociodemográficas e econômicas das participantes grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), obtida através do Questionário de Dados Sociodemográficos e do CCEB (ABEP, 2012), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variáveis	**Grupos**			**Valor p**
	Clínico (G1) n (%)	**Comparação (G2) n (%)**	**Total n (%)**	
Estado Civil				0,02
Solteira	24 (40,0)	28 (46,67)	52 (43,33)	
Casada	22 (36,67)	29 (48,33)	51 (42,50)	
Divorciada (separada)	14 (23,33)	03 (5,0)	17 (14,17)	
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	**120 (100)**	
CCEB				<0,01
A	26 (43,33)	07 (11,67)	33 (27,5)	
B	28 (46,67)	37 (61,67)	65 (54,17)	
C	06 (10,0)	16 (26,67)	22 (18,33)	
Total	**60 (100)**	**60(100)**	**120 (100)**	
Escolaridade				0,08
Ensino Fundamental	06 (10,0)	02 (3,33)	08 (6,67)	
Ensino Médio	17 (28,33)	13 (21,67)	30 (30,0)	
Superior Incompleto	07 (11,66)	17 (28,33)	24 (20,0)	
Superior Completo	30 (50,0)	28 (46,67)	58 (48,33)	
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	**120 (100)**	

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado*.

Em relação à realização de dietas, apenas 30% (n=18) e 15% (n=09) e das avaliadas do G1 e G2, respectivamente, referiram fazer uso; além disso, verificou-se que 13,3% (n=08) do G1 e 8,30% (n=05) do G2 relataram estar em acompanhamento nutricional com profissional da saúde (nutricionista ou nutrólogo) (Tabela 12). Observou-se ainda que, em relação aos relatos das participantes que não realizavam acompanhamento médico ou nutricional, as dietas mais

realizadas eram do tipo restritiva (restrição de alimentos ou de nutrientes específicos, especialmente o carboidrato), uso de *shakes herbalife* e dieta *Dukan* (dieta hiperproteica).

O acompanhamento psicológico/psiquiátrico era realizado por 16,7% (n=10) e 10% (n=06) das mulheres do G1 e G2, respectivamente; além disso, 10% (n=06) das avaliadas de ambos os grupos faziam uso de ansiolítico ou antidepressivo (Tabela 12), sendo os mais citados a sertralina, rivotril e citalopran.

Não foram verificadas associações entre os grupos e as variáveis descritas (p>0,05) (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição das frequências absoluta e relativa das condições clínicas, segundo relatos das participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), obtida através do Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variáveis	**Grupos**			**Valor p**
	Clínico (G1) n (%)	**Comparação (G2) n (%)**	**Total n (%)**	
Realização de Dietas				0,08
Sim	18 (30,0)	09 (15,0)	27 (22,5)	
Não	42 (70,0)	51 (85,0)	93 (77,5)	
Total	**60 (100)**	60 (100)	**120 (100)**	
Acompanhamento Nutricional				0,56
Sim	08 (13,3)	05 (8,30)	13 (10,8)	
Não	52 (86,70	55 (91,7)	107 (89,2)	
Total	**60 (100)**	60(100)	**120 (100)**	
Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico				0,42
Sim	10 (16,7)	06 (10,0)	16 (13,3)	
Não	50 (83,3)	54 (90,0)	104 (86,7)	
Total	**60 (100)**	60(100)	**120 (100)**	
Uso de Psicotrópicos				0,99
Sim	06 (10,0)	06 (10,0)	12 (10,0)	
Não	54 (90,0)	54 (90,0)	108 (90,0)	
Total	**10 (100)**	**06(100)**	**120 (100)**	

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado*.

No que se refere aos relatos das participantes sobre a satisfação com a aparência física, observou-se que todas as avaliadas (n=60; 100%) do G1 estavam insatisfeitas (p=0,01) com a própria aparência, enquanto a maioria das avaliadas do G2 (n=53; 88,3%) referiu insatisfação, sendo verificada associação entre os grupos (0,01). Embora observado que grande parte das entrevistadas, de ambos os grupos, referiram insatisfação a partir da vida adulta (G1: n=39; 65%; G2: n=39; 65%), uma maior proporção de mulheres do G1 relatou que estava insatisfeita com a aparência física desde a adolescência (n=21; 35%) (p<0,01) (Tabela 13).

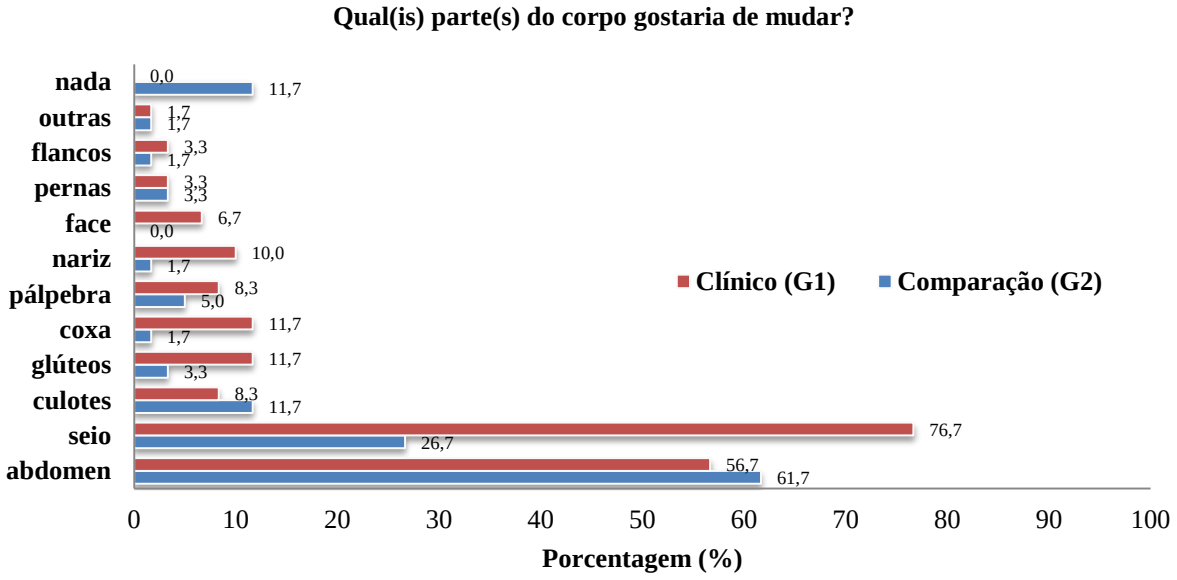
Tabela 13 - Distribuição das frequências absoluta e relativa dos relatos referentes à satisfação com a aparência física das participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), obtida através do Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variáveis	Grupos		Valor p
	Clínico (G1) n (%)	Comparação (G2) n (%)	
Satisfação com a Aparência Física			0,01
Sim	0	07 (11,70)	
Não	60 (100)	53 (88,30)	
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	
Tempo de Insatisfação			<0,01
Criança	0	04 (6,66)	
Adolescência	21 (35,0)	10 (18,33)	
Adulta	39 (65,0)	39 (65,0)	
Nenhum	0	07 (10,0)	
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado*.

Quando questionadas sobre qual(s) parte(s) do corpo gostariam de mudar, verificou-se que os seios (76,7%) e o abdômen ("barriga") (56,7%) foram os mais referidos pelas avaliadas do G1, enquanto o abdômen (61,7%) e os seios (26,7%) foram as partes mais relatadas pelas mulheres do G2. Observou-se ainda que, as participantes de ambos os grupos, relataram insatisfação com uma ou mais partes do corpo, sendo verificado relatos sobre preocupações com a gordura localizada, celulite, flacidez, muscularidade e tamanho de determinadas regiões corporais como braços, flancos, pernas, face, nariz, pálpebra, coxa, glúteos e culotes (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição das porcentagens de resposta sobre "qual(is) parte(s) do corpo gostaria de mudar", relatadas pelas participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), obtida através do Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.

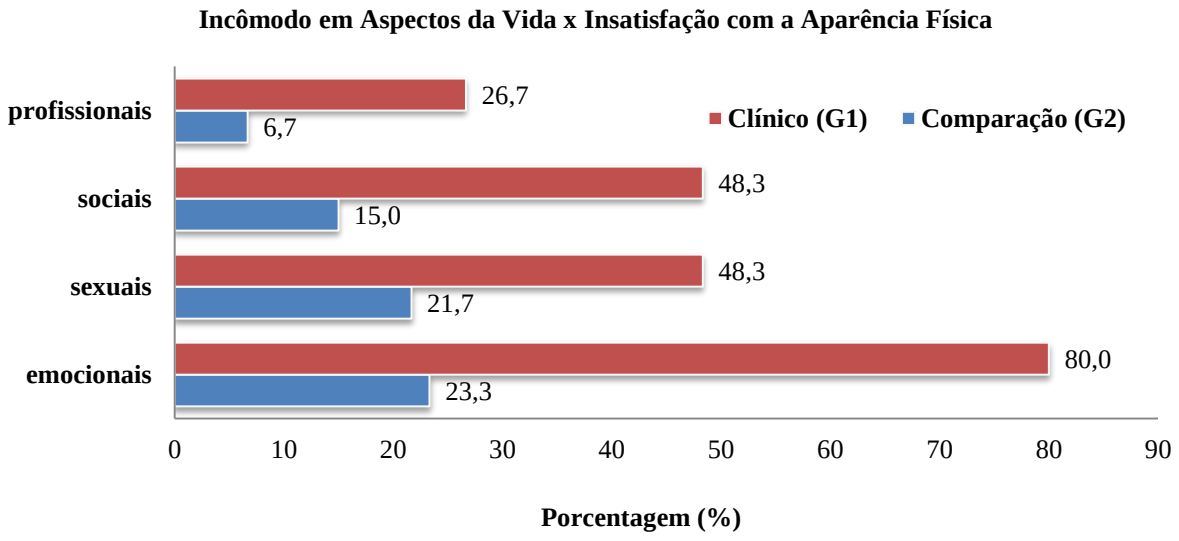


Fonte: próprio autor.

As mulheres insatisfeitas com a aparência física (G1: n= 60; G2: n=53) ainda foram questionadas se a insatisfação lhes causava (ou não) incômodo em um ou mais aspectos de sua vida, tais como, emocionais, sexuais, sociais e profissionais; verificou-se apenas 3,3% (n=02) das mulheres do G1 referiram "nenhum aspecto" enquanto 96,66% (n=58) disseram que a insatisfação lhes causava incômodo em um ou mais de um dos aspectos mencionados. Em contrapartida, a maioria (60,3%; n=32) das entrevistadas do G2 referiram "nenhum dos aspectos".

Verificou-se ainda que o aspecto emocional foi o mais citado em ambos os grupos (G1: 80%; G2: 23,3%) (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição das porcentagens de resposta referentes aos aspectos da vida (profissionais, sociais, sexuais, emocionais) relacionados à insatisfação com a aparência física, relatados pelas participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), obtidos pela aplicação do Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.



Fonte: próprio autor.

Ressalta-se ainda que, embora as selecionadas do G2 nunca tivessem realizado, não eram candidatas e não buscavam por procedimentos cirúrgicos estéticos, verificou-se que quando questionadas sobre o interesse pela CPE, 40% (n=20) informaram que teriam interesse em realizar uma ou mais cirurgias estéticas, sendo as mais relatadas a mastoplastia de aumento (n=07), lipoaspiração (n=05), abdominoplastia (n=04), blefaroplastia (n=01) ou associação das três primeiras cirurgias descritas (n=03).

4.1.2. Caracterização do Estado Nutricional (EN)

Os dados antropométricos mostraram que os IMC's médios das mulheres avaliadas no G1 e G2 foram, respectivamente, de 24,84 kg/m^2 (±4,22 kg/m^2) e 26,34 kg/m^2 (±4,57 kg/m^2) (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição da média, desvio padrão, valores mínimo, mediana e máximo dos dados antropométricos (peso e altura corporais) e IMC (kg/m^2) das participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), obtidos pela aplicação do Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variáveis	Média	± DPM	Mínimo	Mediana	Máximo
Altura (cm)					
G1	1,62	0,06	1,46	1,63	1,80
G2	1,63	0,07	1,42	1,63	1,79
Peso (Kg)					
G1	65,64	12,08	48,10	64,65	98,10
G2	69,58	12,17	44,50	68,50	106,0
IMC (Kg/m^2)					
G1	24,84	4,22	17,98	24,17	38,04
G2	26,34	4,57	18,64	25,5	37,50

Fonte: próprio autor.

Em relação à classificação do estado nutricional, segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), obtida através do cálculo do IMC (kg/m^2), verificou-se que a maior parte das participantes do G1 e G2 foi classificada com eutrofia (G1: n=33, 55%; G2: n=24, 40%), seguido por sobrepeso (G1: n=19, 31,67%; G2: n=23, 38,33%), não sendo verificada associação entre os grupos (p=0,20) (tabela 15).

Tabela 15. Distribuição das frequências absoluta e relativa da classificação do Estado Nutricional (OMS, 2000) das participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), obtida através do cálculo do IMC (kg/m^2), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variável	Grupos			Valor p
	Clínico (G1) n (%)	Comparação (G2) n (%)	Total n (%)	
Classificação EN (OMS, 2000) IMC (kg/m^2)				0, 20
Desnutrição <18,5	01 (1,67)	0	01 (0,8)	
Eutrofia 18,5-24,9	33 (55,0)	24 (40,0)	57 (47,5)	
Sobrepeso 25-29,9	19 (31,67)	23 (38,33)	42 (35,0)	
Obesidade >30	07 (11,67)	13 (21,67)	20 (16,6)	
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	**120 (100)**	

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado*.

4.1.3. Caracterização da Imagem Corporal

4.1.3.1. Acurácia na Estimação e Satisfação com o Tamanho Corporal (Escala de Figuras de Silhuetas – EFS: kg/m^2)

Os dados de classificação da estimação e satisfação com o tamanho corporal obtida pela aplicação da Escala de Figuras de Silhuetas (kg/m^2) revelaram que a maioria das participantes apresentou inacurácia (G1: n=46, 76,67%; G2: n=53, 88,33%) e estava insatisfeita (G1: n=52, 86,67%; G2: n=49, 81,67%) com o próprio tamanho corporal, não sendo observada associação entre os grupos e as variáveis analisadas (p>0,05) (Tabela 16). Observou-se ainda que grande parte das entrevistadas superestimou o seu tamanho corporal Real (G1: n=41, 89,13%; G2: n=48, 90,57%) e gostaria de ter um IMC menor do que pensava ter (G1: n=48, 92,31%; G2: n=46, 93,88%) (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição das frequências absoluta e relativa e associação entre as variáveis referentes à estimação e satisfação com o tamanho corporal das participantes e os grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), obtidas pela aplicação da Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) (kg/m^2), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variável EFS (kg/m^2)	**Grupos**			**OR**	**IC 95%**		**Valor p**
	Clínico (G1) n (%)	**Comparação (G2) n (%)**	**Total n (%)**				
Estimação do Tamanho Corporal				0,53	0,16	1,78	0,31
Acurácia	14 (23,33)	07 (11,67)	21 (17,50)				
Inacurácia	46 (76,67)	53 (88,33)	99 (82,50)				
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	**120 (100)**				
Inacurácia							
Subestimação	05 (10,87)	05 (9,43)	10 (10,10)				
Superestimação	41 (89,13)	48 (90,57)	89 (89,89)				
Total	**46 (100)**	**53 (100)**	**99 (100)**				
Satisfação com o Tamanho Corporal				1,43	0,40	5,09	0,58
Satisfação	08 (13,33)	11 (18,33)	19 (15,83)				
Insatisfação	52 (86,67)	49 (81,67)	101(84,16)				
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	**120 (100)**				
Insatisfação							
Pesar Menos	48 (92,31)	46 (93,88)	94 (93,06)				
Pesar Mais	04 (7,69)	03 (6,12)	07 (6,93)				
Total	**52 (100)**	**49 (100)**	**101 (100)**				

Fonte: próprio autor. Modelo de regressão logística.

Verificou-se que as avaliadas do G1 (n=41) se percebiam em média 5,94 kg/m^2 (±3,71) a mais do que realmente possuíam e gostariam de pesar em média 6,82 (±3,78) a menos do que se percebiam. Em relação às entrevistadas do G2 (n=48) que superestimaram o seu tamanho

corporal Real, observou-se que as mesmas se percebiam (IMC Atual) em média com 6,26 kg/m^2 (±3,39) a mais do que seu IMC Real e gostariam de possuir (IMC Desejado) em média 7,28 kg/m^2 (±3,61) a menos do que pensavam ter (IMC Atual). Não houveram diferenças estatísticas entre os grupos e as variáveis analisadas (p>0,05) (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição da média, desvio padrão, valores mínimo, mediana e máximo das variáveis relativas à inacurácia na estimação (IMC Atual) e insatisfação (IMC Desejado) com o tamanho corporal das participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) e de comparação (G2), obtidos pela aplicação da Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) (kg/m^2), Ribeirão Preto/SP, 2016.

IMC ATUAL (Inacurácia - subestimação) (kg/m^2)							
Grupos	**N**	**Média**	**±DPM**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**	**Valor p**
Clínico (G1)	5	-4,28	1,93	-6,05	-4,72	-1,67	0,55
Comparação (G2)	5	-3,64	0,96	-4,88	-3,38	-2,71	
IMC ATUAL (Inacurácia - superestimação) (kg/m^2)							
Grupos	**N**	**Média**	**±DPM**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**	**Valor p**
Clínico (G1)	41	5,94	3,71	1,42	4,29	13,88	0,67
Comparação (G2)	48	6,26	3,39	1,54	5,68	16,66	
IMC DESEJADO (Insatisfação - pesar menos) (kg/m^2)							
Grupos	**N**	**Média**	**±DPM**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**	**Valor p**
Clínico (G1)	48	-6,82	3,78	-15	-5	-2,5	0,47
Comparação (G2)	46	-7,28	3,61	-20	-7,5	-2,5	
IMC DESEJADO (Insatisfação - pesar mais) (kg/m^2)							
Grupos	**N**	**Média**	**±DPM**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**	**Valor p**
Clínico (G1)	4	4,38	2,39	2,5	3,75	7,5	0,47
Comparação (G2)	3	5,83	1,44	5	5	7,5	

Fonte: próprio autor. Teste de *Mann-Whitney*.

Não foram encontradas associações entre as classificações obtidas pela EFS e as demais variáveis sociodemográficas e econômicas analisadas (p>0,05) (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição das associações entre acurácia e satisfação com o tamanho corporal (EFS: kg/m^2) e as variáveis sociodemográficas e econômicas das participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Efeito das Covariáveis	**EFS - probabilidade modelada em "satisfação"**				**EFS - probabilidade modelada em "acurácia"**			
Comparação	**OR**	**IC 95%**		**Valor p**	**OR**	**IC 95%**		**Valor p**
Grupo G1 vs G2	1,43	0,40	5,09	0,58	0,53	0,16	1,78	0,31
Idade	0,96	0,91	1,02	0,22	1,01	0,95	1,06	0,82
Grau Escolar. ensino méd. vs sup. comp.	0,33	0,06	1,87	0,21	1,87	0,44	7,99	0,40
Grau Escolar. fund. vs sup. comp.	*	*	*	*	*	*	*	*
Grau Escolar. sup. incom vs sup. comp.	0,75	0,18	3,16	0,70	1,58	0,35	7,10	0,55
Estado Civil casada vs divorciada/separada	1,89	0,19	19,00	0,59	0,70	0,13	3,83	0,68
Estado Civil solteira vs divorciada/separada	1,58	0,15	16,49	0,70	2,28	0,42	12,28	0,34
Classificação Econôm. B vs A	0,63	0,17	2,26	0,47	0,35	0,10	1,19	0,09
Classificação Econôm. C vs A	0,81	0,12	5,43	0,83	0,30	0,04	2,25	0,24

Fonte: próprio autor. Modelo de regressão logística. * Os valores não foram possíveis de se calcular devido a problemas de função de verossimilhança monótona, casos de separação completa ou quase-completa (ALBERT; ANDERSON, 1984).

Analisou-se ainda a concordância entre os autos relatos das participantes em relação à satisfação com o próprio peso (satisfação/perder/ganhar peso) e satisfação com o tamanho corporal avaliada pela EFS (satisfação/pesar menos/mais). Em relação ao G1 verificou-se concordância moderada, com variação de suave a grande (Kappa: 0,52; IC 95%: 0,33; 0,71), enquanto para G2, verificou-se concordância moderada, com variação de suave a quase perfeita (Kappa: 0,59; IC 95%: 0,37; 0,82) (Tabelas 19 e 20).

Tabela 19 – Distribuição das frequências absoluta e relativa da análise de concordância entre satisfação com o peso relatado e satisfação com o tamanho corporal das participantes do grupo clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60), obtidos respectivamente pelo Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas e Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) , Ribeirão Preto/SP, 2016.

Satisfação EFS (kg/m²)	**Relato Satisfação com o Peso Corporal**				**Coeficiente de Kappa* (IC 95%)**
	Perder peso	**Satisfeita com o peso**	**Ganhar peso**	**Total**	
Pesar menos	34 56,67	14 23,33	0 0	48 80	0,52 (0,33 ; 0,71)
Satisfação	0 0	8 13,33	0 0	8 13,33	
Pesar mais	0 0	2 3,33	2 3,33	4 6,67	
Total	34 56,67	24 40	2 3,33	60 100	

Fonte: próprio autor. *Coeficiente de Kappa ponderado.

Tabela 20 – Distribuição das frequências absoluta e relativa da análise de concordância entre satisfação com o peso relatado e satisfação com o tamanho corporal das participantes do grupo de comparação (G2) (n=60), obtidos respectivamente pelo Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas e Escala de Figuras de Silhuetas (EFS), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Satisfação EFS (kg/m²)	**Relato Satisfação com o Peso Corporal**				**Coeficiente de Kappa* (IC 95%)**
	Perder peso	**Satisfeita com o peso**	**Ganhar peso**	**Total**	
Pesar menos	40 66,67	6 10	0 0	46 76,67	0,59 (0,37 ; 0,82)
Satisfação	2 3,33	9 15	0 0	11 18,33	
Pesar mais	1 1,67	1 1,67	1 1,67	3 5	
Total	43 71,67	16 26,67	1 1,67	60 100	

Fonte: próprio autor. *Coeficiente de Kappa ponderado.

4.1.3.2. Satisfação com a Aparência Física (*Body Dysmorphic Disorder Examination - BDDE*)

Os dados obtidos pela aplicação do BDDE mostraram que o grupo clínico pré-cirúrgico (G1) apresentou média de pontuação superior ao grupo de comparação (G2) (G1: 53,97 (±25,76); G2: 39,98 (±24,50); p<0,01) (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição da média, desvio padrão, valores mínimo, mediana e máximo de pontuação do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) das participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), Ribeirão Preto/SP, 2016.

				Pontuação BDDE			
Grupos	**N**	**Média**	**± DPM**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**	**Valor p**
Clínico (G1)	60	53,97	25,76	10	51,0	105	<0,01
Comparação (G2)	60	39,98	24,50	0	33,5	106	

Fonte: próprio autor. Teste de *Mann-Whitney*.

Em relação à classificação de satisfação com a aparência física, verificou-se que as entrevistadas do G2 estavam mais satisfeitas com a aparência quando comparadas ao G1 (G1: n=21; 35%; G2: n=08; 13.33%) (p=0,04) (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição das frequências absoluta e relativa e associação da classificação da satisfação com a aparência física dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), obtidas pela aplicação do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Classificação BDDE	**Grupos**						
	Clínico (G1) n (%)	**Comparação (G2) n (%)**	**Total n (%)**	**OR**	**IC 95%**		**Valor p**
Satisfação	39 (65,0)	52 (86,67)	91 (75,83)	3,39	1,07	10,74	0,04
Insatisfação	21 (35,0)	08 (13,33)	29 (24,16)				
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	**120 (100)**				

Fonte: próprio autor. Modelo de regressão logística.

Não foram encontradas associações entre as classificações obtidas pelo BDDE e as demais variáveis sociodemográficas e econômicas analisadas (p>0,05) (Tabela 23).

Tabela 23 – Associações entre satisfação com a aparência física (BDDE) e as variáveis sociodemográficas e econômicas das participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Efeito das Covariáveis	**BDDE- probabilidade modelada em "satisfação"**			
Comparação	**OR**	**IC 95%**		**Valor p**
Grupo G1 vs G2	3,39	1,07	10,74	0,04
Idade	1,00	0,95	1,05	0,93
Grau Escolar. ensino méd. vs sup. comp.	0,39	0,11	1,44	0,16
Grau Escolar. fund. vs sup. comp.	0,34	0,05	2,32	0,27
Grau Escolar. sup. incom vs sup. comp.	0,68	0,15	3,10	0,61
Estado Civil casada vs divorciada/separada	1,15	0,31	4,30	0,83
Estado Civil solteira vs divorciada/separada	1,08	0,24	4,76	0,92
Classificação Econôm. B vs A	2,75	0,83	9,13	0,10
Classificação Econôm. C vs A	0,83	0,16	4,29	0,82

Fonte: próprio autor. Modelo de regressão logística.

Em relação aos critérios A, B e C, descritos no BDDE como indicativos de diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), segundo o DSM-IV-TR™ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), as tabelas 24, 25 e 26 descrevem as associações entre as frequências de resposta das categorias de cada um dos critérios, entre os grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60).

Em relação ao critério A ("Preocupação com um imaginado problema na aparência"), verificou-se associação entre as categorias de respostas 10, 11 e 19 com os grupos, sendo observado no G1 maior proporção de respostas consideradas indicativas para diagnóstico para TDC, em relação ao G2 (p<0,05) (Tabela 24).

Tabela 24 – Associação entre as categorias de respostas do critério A para o diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal, segundo o DSM-IV-TR™ (APA, 1994), descritas no BDDE, em relação aos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Critério A: Preocupação com um imaginado problema na aparência				
Categorias de Respostas	**Grupos**		**Valor p**	
	Clínico (G1) n (%)	**Comparação (G2) n (%)**	**Total n (%)**	
Defeito físico observável #2= 0 ou 1	60 (100)	60 (100)	120 (100)	>0,05
Preocupação com o problema de aparência #9 = 4 ou mais alto	23 (38,33)	18(30,0)	41 (34,16)	0,34
Preocupação com o problema de aparência em situações públicas #10 =4 ou mais alto	34 (56,67)	14 (23,33)	48 (40,0)	<0,01
Preocupação sobre o problema de aparência em situações sociais #11 = 4 ou mais alto	33 (55,0)	17 (28,33)	50 (41,66)	<0,01
Importância do problema de aparência #18 =4 ou mais alto	42 (70,0)	41 (68,33)	83 (69,16)	0,84
Auto-avaliação negativa devido ao problema de aparência #19 =4 ou mais alto	42 (70,0)	21 (35,0)	63 (52,50)	<0,01

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado*. # (número da categoria de resposta) = pontuação. N/A= não se aplica.

Em relação ao critério B ("A preocupação causa angústia clinicamente significante ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento"), observou-se associação entre as categorias de respostas 10, 11, 24 e 25 entre os grupos, sendo que as avaliadas do G1 apresentaram maior proporção de respostas acima da pontuação indicada pelo instrumento como indicativa de diagnóstico para TDC, em relação ao G2 (p<0,05) (Tabela 25).

Tabela 25 – Associação das categorias de respostas do critério B para o diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal, segundo o DSM IV (APA, 2000), descritas no BDDE, em relação aos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Critério B: A preocupação causa angústia clinicamente significante ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento				
Categorias de Respostas	**Grupos**			**Valor p**
	Clínico (G1) n (%)	**Comparação (G2) n (%)**	**Total n (%)**	
Preocupação com o problema de aparência #9 = 4 ou mais alto	23 (38,33)	18 (30,0)	41 (34,16)	0,34
Preocupação com o problema de aparência em situações públicas #10 =4 ou mais alto	34 (56,67)	14 (23,33)	48 (40,0)	<0,01
Preocupação sobre o problema de aparência em situações sociais #11 = 4 ou mais alto	33 (55,0)	17 (28,33)	50 (41,66)	<0,01
Angústia relacionada ao problema de aparência notado por outras pessoas #13 =4 ou mais alto	11 (18,33)	07 (11,67)	18 (15,0)	0,31
Afastamento de situações públicas #23 =4 ou mais alto	08 (13,33)	04 (6,67)	12 (10,0)	0,22
Afastamento de situações sociais #24 =4 ou mais alto	04 (6,67)	0	04 (3,33)	0,04
Afastamento de contato físico #25 =4 ou mais alto	09 (15,0)	02 (3,33)	11 (9,16)	0,03
Afastamento de atividade física #26 =4 ou mais alto	05 (8,33)	03 (5,0)	08 (6,66)	0,46

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado*. # (número da categoria de resposta) = pontuação.

Em relação ao critério C ("A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental"), verificou-se que, em 100% das avaliadas de ambos os grupos, a preocupação pareceu ser restrita à aparência (Tabela 26). Contudo, ressalta-se a necessidade de uma avaliação mais criteriosa (por um profissional psicólogo/psiquiatra) em relação a esta categoria.

Tabela 26 – Distribuição da associação das categorias do critério C para o diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal, segundo o DSM IV (APA, 2000), descritas no BDDE, em relação aos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Critério C: A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental				
Categoria de Resposta	**Grupos**			**Valor p**
	Clínico (G1) n (%)	**Comparação (G2) n (%)**	**Total n (%)**	
Problema de aparência não considerado por outra desordem #34 = 0	60 (100)	60 (100)	60 (100)	N/A

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado*. # (número da categoria de resposta) = pontuação. N/A= não se aplica.

4.1.4. Caracterização das Atitudes Alimentares

Os dados obtidos pela aplicação do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) mostraram que as médias de pontuação foram de 15,6 (±10,41) e 13 (±9,75) para os grupos clínico pré-cirúrgico (G1) e de comparação (G2), respectivamente, não sendo verificada diferença estatística entre as médias de pontuação (p=0,15) (Tabela 27).

Tabela 27 - Distribuição da média, desvio padrão, valores mínimo, mediana e máximo de pontuação do EAT-26 das participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), Ribeirão Preto/SP, 2016.

		Pontuação EAT-26					
Grupos	**N**	**Média**	**± DPM**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**	**Valor p**
Clínico (G1)	60	15,6	10,41	1	14	39	0,15
Comparação (G2)	60	13	9,75	0	10,5	45	

Fonte: próprio autor. Teste de *Mann-Whitney*.

Em relação à classificação das atitudes alimentares de risco para o desenvolvimento de TA, observou-se que a maioria das avaliadas, de ambos os grupos, não apresentou risco (G1: n=40, 66,67; G2: n=47; 78,33%) (p=0,33); contudo, uma parcela considerável das participantes, especialmente do G1 (n=20; 33,33%), apresentou o risco (Tabela 28).

Tabela 28 – Distribuição das frequências absoluta e relativa das variáveis relativas a classificação de atitudes e comportamentos alimentares de risco para desenvolvimento de Transtornos Alimentares das participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), obtidos através do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Classificação EAT-26	**Grupos**						
	Clínico (G1) n (%)	**Comparação (G2) n (%)**	**Total n (%)**	**OR**	**IC 95%**		**Valor p**
Sem Risco	40 (66,67)	47 (78,33)	87 (72,50)	1,67	0,60	4,70	0,33
Risco	20 (33,33)	13 (21,67)	33 (27,50)				
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	**120 (100)**				

Fonte: próprio autor. Modelo de regressão logística.

Não foram encontradas associações entre as classificações obtidas pelo EAT-26 e as demais variáveis sociodemográficas e econômicas analisadas (p>0,05) (Tabela 29).

Tabela 29 – Associações entre a classificação de atitudes e comportamentos alimentares de risco para desenvolvimento de Transtornos Alimentares (EAT-26) e as variáveis sociodemográficas e econômicas das participantes dos grupos clínico pré-cirúrgico (G1) (n=60) e de comparação (G2) (n=60), Ribeirão Preto/SP, 2016).

Efeito das Covariáveis	**EAT- 26 - probabilidade modelada em "Sem Risco"**			
Comparação	**OR**	**IC 95%**		**Valor p**
Grupo G1 vs G2	1,67	0,60	4,70	0,33
Idade	0,97	0,93	1,02	0,22
Grau Escolar. ensino méd. vs sup. comp.	0,43	0,13	1,41	0,22
Grau Escolar. fund. vs sup. comp.	0,60	0,09	4,19	0,16
Grau Escolar. sup. incom vs sup. comp.	0,26	0,06	1,05	0,61
Estado Civil casada vs divorciada/separada	1,81	0,53	6,19	0,35
Estado Civil solteira vs divorciada/separada	3,37	0,82	13,93	0,09
Classificação Econôm. B vs A	1,25	0,40	3,90	0,70
Classificação Econôm. C vs A	1,28	0,26	6,44	0,76

Fonte: próprio autor. Modelo de regressão logística.

4.2. RESULTADOS ESTUDO 2

4.2. Resultados Estudo 2

O estudo 2 descreve os resultados dos dados coletados em 60 mulheres, com idades entre 20 e 59 anos, avaliadas nos períodos pré e pós-operatório (±6 meses) de cirurgia plástica estética (abdominoplastia, lipoaspiração e mastoplastia de aumento), em serviços público e particular especializados em cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP.

A distribuição, em ordem crescente de realização dos procedimentos cirúrgicos estéticos realizados pelas participantes está descrita na Tabela 9 dos resultados do estudo 1 (página 71).

4.2.1. Caracterização da Amostra

As participantes apresentavam média de idade de 37,98 anos (±10,93), sendo que a maioria das avaliadas (n=23; 38,3%) possuía faixa etária entre 31 e 40 anos (Tabela 30).

Tabela 30 - Distribuição da média, desvio padrão, valores mínimo, mediana e máximo, frequências absoluta e relativa dos intervalos de idade das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP, obtidas através do Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variáveis	Média	± DPM	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade (anos)	37,98	10,93	20	36,5	59
Intervalos de Idades (anos)	**20-30**	**31-40**	**41-59**	**Total**	
n (%)	16 (26,6)	23(38,3)	21 (35,0)	60 (100)	

Fonte: próprio autor.

Em relação ao estado civil, verificou-se que a maioria das entrevistadas era solteira (n=24; 40%) e casada (n=22; 36,66%).

Verificou-se ainda que os dados do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) mostraram que a maior parte das avaliadas pertencia às classes econômicas B (n= 28; 46,67%) e A (n=26; 43,33%).

Quando questionado acerca do grau de escolaridade das mulheres observou-se que 50% (n=30) cursaram o ensino superior completo, enquanto outras 50% (n=30) não haviam cursado.

Todos os dados estão distribuídos na Tabela 31.

Tabela 31 - Distribuição das frequências absoluta e relativa das características sociodemográficas e econômicas das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética em dois serviços

de cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP, obtidas pela avaliação do Protocolo de Dados Sociodemográficos e do CCEB (ABEP, 2012), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variáveis	**n (%)**
Estado Civil	
Solteira	24 (40,0)
Casada	22 (36,67)
Divorciada (separada)	14 (23,33)
Total	**60 (100)**
CCEB	
A	26 (43,33)
B	28 (46,67)
C	06 (10,0)
Total	**60 (100)**
Escolaridade	
Ensino Fundamental	06 (10,0)
Ensino Médio	17 (28,33)
Superior Incompleto	07 (11,66)
Superior Completo	30 (50,0)
Total	**60 (100)**

Fonte: próprio autor.

Em relação à realização de dietas, no período pré-operatório, 30% (n=18) das avaliadas refereriam realizar dietas, sendo que, destas, apenas 13,3% (n=08) realizavam acompanhamento nutricional. Após a cirurgia, 25% (n=15) relataram realizar dietas, sendo que 15% (n=09) estavam em acompanhamento nutricional (Tabela 32). De acordo com os relatos das participantes que não recebiam orientação profissional, as dietas mais realizadas eram do tipo restritiva (restrição de alimentos ou nutriente específico, especialmente o carboidrato), uso de *shakes herbalife* e dieta *Dukan* (dieta hiperproteica).

O acompanhamento psicológico/psiquiátrico era seguido por 16,7% (n=10) e 15% (n=09) das entrevistadas antes e após o procedimento cirúrgico. Além disso, no período anterior à cirurgia, 10% (n=06) faziam uso de psicotrópicos, enquanto após o procedimento, 11,7% (n=07) destas estavam em uso de fármacos ansiolíticos/antidepressivos (Tabela 32), sendo os mais relatados a sertralina, rivotril e citalopran.

Tabela 32. Distribuição das frequências absoluta e relativa das condições clínicas, segundo os relatos das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética em dois serviços de

cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP, obtidas pela avaliação do Questionário de Dados Sociodemográficos e Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variáveis	n (%)
Realização de Dietas	
Pré-operatório	
Sim	18 (30)
Não	42 (70)
Total	**60 (100)**
Pós-operatório	
Sim	15 (25)
Não	45 (75)
Total	**60 (100)**
Acompanhamento Nutricional	
Pré-operatório	
Sim	08 (13,3)
Não	52 (86,7)
Total	**60 (100)**
Pós-operatório	
Sim	09 (15)
Não	51 (85)
Total	**60 (100)**
Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico	
Pré-operatório	
Sim	10 (16,7)
Não	50 (83,3)
Total	**60 (100)**
Pós-operatório	
Sim	09 (15)
Não	51 (85)
Total	**60 (100)**
Uso de Psicotrópicos	
Pré-operatório	
Sim	06 (10)
Não	54 (90)
Total	**60 (100)**
Pós-operatório	
Sim	07 (11,7)
Não	53 (88,3)
Total	**60 (100)**

Fonte: próprio autor.

Em relação à motivação para a decisão da realização da CPE, o principal relato foi por insatisfação com o corpo (93,33%). Além disso, todas as avaliadas (n=60; 100%) relataram estar insatisfeitas com a própria aparência física, sendo que a maioria (n=39; 65%) referiu apresentar insatisfação após a vida adulta. Já a expectativa mais referida em relação ao resultado cirúrgico foi a de gostar da própria imagem no espelho (76,66%) (Tabela 33).

Tabela 33 - Distribuição das frequências absoluta e relativa dos relatos das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão

Preto/SP, obtidas pela avaliação do Protocolo de Dados Sociodemográficos e Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variáveis	n (%)
Motivação	
Insatisfação com o corpo	35 (58,3)
Insatisfação com o corpo/perder peso	08 (13,3)
Insatisfação com o corpo/saúde	05 (8,33)
Insatisfação com partes específicas do corpo	08 (13,3)
Outros (satisfazer o cônjuge; baixa autoestima; tristeza)	04 (6,70)
Total	**60 (100)**
Satisfação com a Aparência Física	
Sim	0
Não	60 (100)
Total	**60 (100)**
Tempo de Insatisfação	
Adolescência	21 (35,0)
Adulta	39 (65,0)
Total	**60 (100)**
Expectativas em Relação à Cirurgia	
Gostar da minha imagem no espelho	35 (58,3)
Mudar o contorno corporal	06 (10,0)
Gostar da minha imagem/mudar o contorno corporal	11 (18,3)
Outros (sentir-se bem; definir abdome; ser aceita; autoestima)	08 (13,3)
Total	**60 (100)**

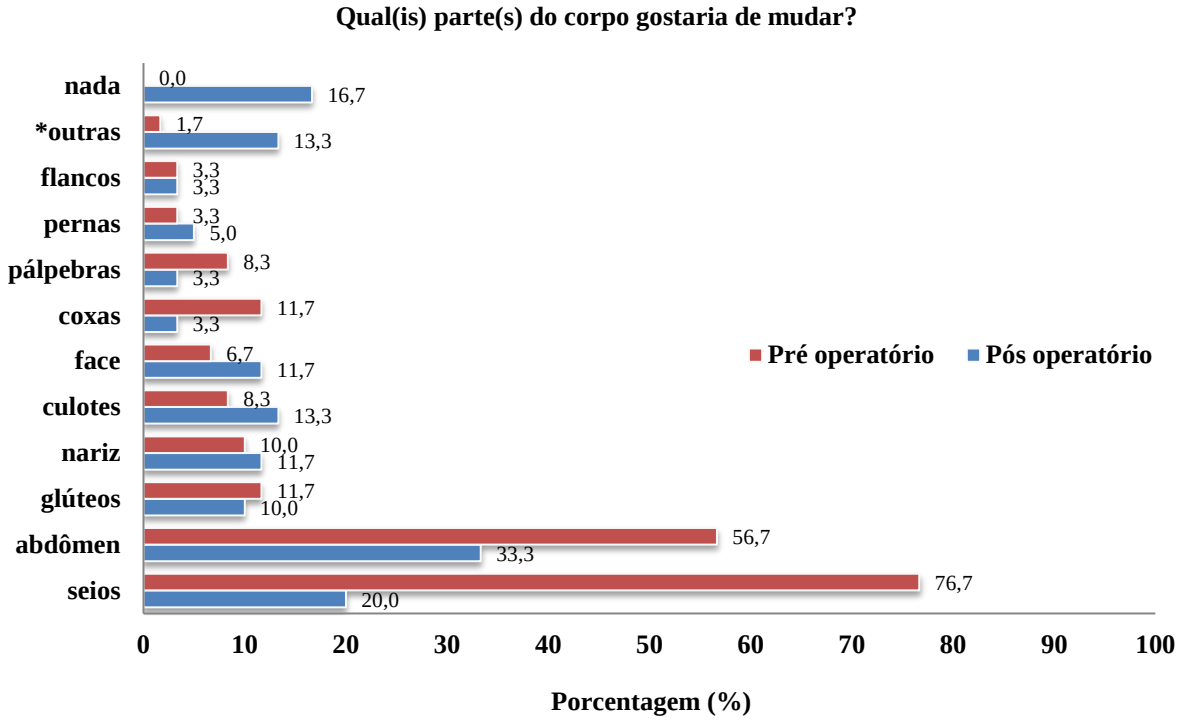
Fonte: próprio autor.

No que se refere à insatisfação com partes específicas do corpo, antes da cirurgia, 100% das avaliadas referiram estar insatisfeitas e que gostariam de mudar uma ou mais partes corpóreas; as partes mais relatadas foram os seios (76,7%) e o abdômen (“barriga”) (56,7%). Apesar destas áreas do corpo terem sido as mais relatadas e que geravam incômodo e insatisfação, observou-se que outras regiões do corpo, as quais não seriam submetidas ao procedimento, também foram citadas (p. ex.: face, nariz, coxa e pálpebra) (Figura 4).

Após o procedimento, embora a maioria das avaliadas estivesse relatado satisfação com o resultado cirúrgico, e que 16,7% (n=10) respondessem que não estavam insatisfeitas com nenhuma parte de seus corpos, grande parte referiu maior insatisfação com o abdômen (33,3%) e seios (20%) e outras partes (Figura 4).

Observou-se ainda que, em geral, as participantes descreviam as áreas citadas com as quais estavam insatisfeitas como excesso de gordura localizada, celulite, flacidez, baixa muscularidade e tamanho de determinadas regiões corporais também geravam incômodo como braços, flancos, pernas, face, nariz, pálpebra, coxa, glúteos culotes e região íntima. Após a cirurgia, verificou-se ainda queixas sobre a cicatriz formada nos seios e cicatriz e irregularidades/depressão da região abdominal após o procedimento cirúrgico.

Figura 4 - Distribuição das porcentagens de respostas sobre "qual(s) parte(s) do corpo gostaria de mudar", relatadas pelas participantes nos períodos pré e pós operatório (n=60) de cirurgia plástica estética obtidas pela aplicação do Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.



Fonte: próprio autor. *Outras: pré-operatório (braço, pescoço e orelha); pós-operatório (braço, cicatriz nos seios e abdômen, pescoço, região íntima e orelha).

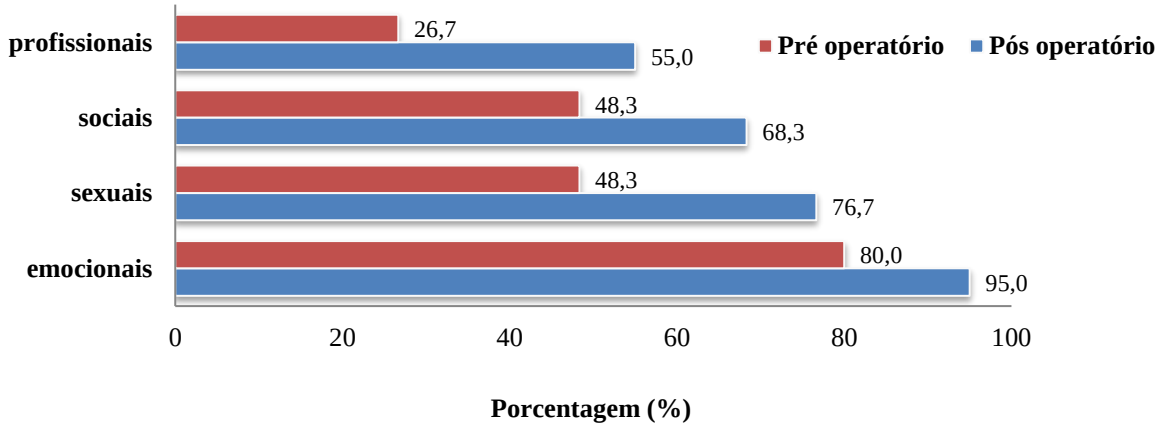
Quando questionadas se a insatisfação com a aparência física lhes causava (ou não) incômodo em algum aspecto de sua vida (emocional, sexual, social e profissional) antes do procedimento cirúrgico, verificou-se que 96,6% (n=58) das participantes mencionaram incômodo em um (n=28; 46,66%) ou mais de um dos aspectos (n=30; 50%).

Já após a CPE, quando modificamos a pergunta e questionamos se houve melhorias em um ou mais ou mais de um dos aspectos descritos, verificou-se que, 95% (n=57) referiram melhorias, sendo que 55% (n=33) relataram melhora em todos os aspectos, enquanto apenas três (5,0%) relataram que não houve melhora em nenhum aspecto.

Observou-se que, antes da cirurgia, o aspecto de maior incômodo mencionado foi o emocional (80%), sendo que, quando questionadas se houve melhora em algum dos aspectos após o procedimento cirúrgico, observou-se melhorias em todos os aspectos, especialmente o emocional (95%) (Figura 5).

Figura 5 - Distribuição das porcentagens de resposta referentes aos aspectos da vida (profissional, social, sexual, emocional) relacionados à insatisfação corporal e melhorias após o procedimento cirúrgico, relatados pelas participantes (n=60) nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética, obtidos pela avaliação do Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Pré operatório: Incômodo em Aspectos da Vida x Insatisfação com a Aparência Física
Pós operatório: Aspectos da Vida que Melhoraram Após a CPE



Fonte: próprio autor.

Verificou-se ainda que, no período pós-operatório, a maior parte das entrevistadas (n=56; 93,3%) referiu apresentar satisfação com os resultados cirúrgicos (Tabela 34). Entre as que não estavam satisfeitas, 6,7% (n=04) referiram que gostariam que tivesse sido retirado uma maior quantidade de gordura do local (lipoaspiração).

Ressalta-se que 93,3% (n=56) das avaliadas relataram que realizariam outra CPE (Tabela 34).

Tabela 34 - Distribuição das condições clínicas, segundo relatos das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP, obtidas pela avaliação do Questionário de Dados Sociodemográficos e Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variáveis	n (%)
Satisfação com os Resultados	
Sim	56 (93,3)
Não	04 (6,70)
Total	**60 (100)**
Faria outra CPE	
Sim	56 (93,3)
Não	04 (6,70)
Total	**60 (100)**

Fonte: próprio autor.

4.2.2. Caracterização do Estado Nutricional

Os dados antropométricos mostraram que o IMC médio das mulheres avaliadas foi de 24,84 kg/m^2 (±4,22 kg/m^2) e 24,65 kg/m^2 (±4,09 kg/m^2) nos períodos pré e pós-operatório respectivamente. A média do percentual de Gordura Corporal foi de 30,59% (±6,24) antes da CPE e de 29,34% (±6,03) após o procedimento cirúrgico (Tabela 35).

Tabela 35 - Distribuição da média, desvio padrão, valores mínimo, mediana e máximo dos dados antropométricos (peso e altura corporais) e IMC (kg/m^2) das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP, obtidos pela aplicação do Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variáveis	Média	± DPM	Mínimo	Mediana	Máximo
Altura (cm)	1,62	0,06	1,46	1,63	1,80
Peso (Kg)					
Pré-operatório	65,64	12,08	48,10	64,65	98,1
Pós-operatório	65,08	11,40	48,20	63,50	98,0
IMC (Kg/m^2)					
Pré-operatório	24,84	4,22	17,98	24,17	38,04
Pós-operatório	24,65	4,09	17,98	24,0	37,28
% de GC					
Pré-operatório	30,59	6,24	19	30,95	48,10
Pós-operatório	29,34	6,03	18	29,25	45,80

Fonte: próprio autor.

Em relação à classificação do EN (2000), obtida através do cálculo do IMC (kg/m^2), verificou-se que a maior parte das participantes foi classificada com eutrofia antes (n=33; 55%) e após (n=35; 58,33%) o procedimento cirúrgico. Ressalta-se que parcela considerável das avaliadas foi classificada com o IMC acima da faixa de normalidade nos períodos pré (n=26; 43,33%) e pós-operatório (n= 23; 38,33%). Não foram verificadas evidências de efeito de intervenção cirúrgicaem relação à classificação do EN (p=0,89) (Tabela 36).

Tabela 36 - Distribuição das frequências absoluta e relativa da classificação do Estado Nutricional (OMS, 2000) obtida pelo cálculo do IMC (kg/m^2) das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética, em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP, 2016.

Classificação do EN (IMC: kg/m^2)						
Pré-operatório	**Pós-operatório**					
	Desnutrição n (%)	**Eutrofia n (%)**	**Sobrepeso n (%)**	**Obesidade n (%)**	**Total n (%)**	**Valor p** 0,89
Desnutrição <18,5	1 (1,67)	0	0	0	1 (1,67)	
Eutrofia 18,5-24,9	1 (1,67)	30 (50,0)	2 (3,33)	0	33 (55,0)	
Sobrepeso 25-29,9	0	5 (8,33)	14 (23,33)	0	19 (31,67)	
Obesidade >30	0	0	0	7 (11,67)	7 (11,67)	
Total	2 (3,33)	35 (58,33)	16 (26,67)	7 (11,67)	60 (100)	

Fonte: próprio autor. Teste de *McNemar.*

A classificação do Estado Nutricional, avaliada pelo percentual de gordura corporal (LOHMAN, 1992), obtida pela análise da bioimpedância elétrica, demonstrou que a maioria

das avaliadas foi classificada com obesidade e com percentual de gordura acima da média nos períodos pré (56,67%; 36,67%) e pós-operatório (48,33%; 40%). Não foram verificadas evidências de efeito de intervenção cirúrgicaem relação à porcentagem de GC (p=0,15) (tabela 37).

Tabela 37 - Distribuição das frequências absoluta e relativa da classificação do Estado Nutricional das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética, em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, obtidas pelo percentual de gordura corporal (LOHMAN,1992), Ribeirão Preto/SP, 2016.

	Classificação % GC (LOHMAN, 1992)				
	Pós-operatório				
Pré-operatório	**Acima da média n (%)**	**Na Média n (%)**	**Obesidade n (%)**	**Total n (%)**	**Valor p** 0,15
Acima da média 23% a 29%	16 (26,67)	3 (5,0)	3 (5,0)	22 (36,67)	
Na Média 15% a 22%	0	4 (6,67)	0	4 (6,67)	
Obesidade ≥ 30%	8 (13,33)	0	26 (43,33)	34 (56,67)	
Total	24 (40,0)	7 (11,67)	29 (48,33)	60 (100)	

Fonte: próprio autor. Teste de *McNemar.* GC: gordura corporal.

Ainda em relação ao estado nutricional, verificou-se que houve associação entre a classificação obtida pelo IMC e o percentual de gordura corporal nos períodos pré e pós cirúrgico (p<0,01). Antes da cirurgia, 86,36% (n=19) das eutróficas apresentaram percentual de GC acima da média, enquanto outras 32,35% (n=11), foram classificadas com obesidade. Após a cirurgia também se observou que a maior parte das mulheres classificadas com o peso dentro da faixa de normalidade apresentou altos percentuais de gordura corporal (Tabela 38).

Tabela 38 - Distribuição das frequências absoluta e relativa e associação das classificações do estado nutricional obtidas através do IMC (kg/m^2) (OMS, 2000) e percentual de gordura corporal (LOHMAN, 1992) das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética, em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

	Pré-operatório				**Pós-operatório**			
Classificação IMC (kg/m^2)	**Classificação % Gordura Corporal**				**Classificação % Gordura Corporal**			
	Na Média	**Acima da Média**	**Obesidade**	**Total**	**Na Média**	**Acima da Média**	**Obesidade**	**Total**
Desnutrição	1 25	0 0	0 0	01	1 14,29	1 4,17	0 0	02
Eutrofia	3 75	19 86,36	11 32,35	33	6 85,71	19 79,17	10 34,48	35
Sobrepeso	0 0	3 13,64	16 47,06	19	0 0	4 16,67	12 41,38	16
Obesidade	0 0	0 0	7 20,59	07	0 0	0 0	7 24,14	07
Total	4	22	34	60	7	24	29	60
Valor p	<0,01				<0,01			

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado.*

4.2.3. Caracterização da Imagem Corporal

4.2.3.1. Acurácia na Estimação e Satisfação com o Tamanho Corporal (Escala de Figuras de Silhuetas - EFS: kg/m^2)

Os dados de classificação da estimação e satisfação com o tamanho corporal obtidos através da aplicação da Escala de Figuras de Silhuetas (EFS: kg/m^2) revelaram que as avaliadas apresentaram maior chance de estarem acuradas e satisfeitas com o próprio tamanho corporal após a cirurgia plástica estética quando comparadas ao período pré-operatório (p<0,01) (Tabela 39).

Tabela 39 - Distribuição das frequências absoluta e relativa da estimação e satisfação com o tamanho corporal das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética, em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, obtidas pela Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) (kg/m^2), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variável EFS (kg/m^2)	**Tempo**						
	Pré-operatório n (%)	**Pós-operatório n (%)**	**Total n (%)**	**OR**	**IC 95%**		**Valor p**
Estimação do Tamanho Corporal				2,88	1,23	6,73	<0,01
Acurácia	14 (23,33)	25 (41,67)	39 (32,50)				
Inacurácia	46 (76,67)	35 (58,33)	81 (67,50)				
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	**120 (100)**				
Inacurácia							
Subestimação	05 (10,86)	09 (25,71)	14 (17,28)				
Superestimação	41 (89,13)	26 (74,28)	67 (82,71)				
Total	**46 (100)**	**35 (100)**	**81 (100)**				
Satisfação com o Tamanho Corporal				10,66	3,22	35,28	<0,01
Satisfação	08 (13,33)	23 (38,33)	31 (25,83)				
Insatisfação	52 (86,67)	37 (61,67)	89 (74,16)				
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	**120 (100)**				
Insatisfação							
Pesar Mais	04 (7,69)	05 (13,51)	09 (10,11)				
Pesar Menos	48 (92,30)	32 (86,48)	80 (89.88)				
Total	**52 (100)**	**37 (100)**	**89 (100)**				

Fonte: próprio autor. Modelo de regressão logística com efeitos aleatórios.

Verificou-se efeito de intervenção cirúrgica em relação às médias gerais para estimação e satisfação com o tamanho corporal nos períodos pré e pós cirúrgicos (p<0,01). Antes da cirurgia as avaliadas se percebiam (IMC Atual), em média com 3,74 kg/m^2 (±4,65) a mais do que seu IMC Real e gostariam de possuir (IMC Desejado) em média -5,17 kg/m^2 (±4,87) a menos do que pensavam ter (IMC Atual). Após a cirurgia, as entrevistadas se percebiam em média 1,13

kg/m^2 (±3,15) a mais do que realmente possuíam e gostariam de pesar em média -2,5(±4,07) a menos do que se percebiam (Tabela 40).

Tabela 40 - Distribuição da média, desvio padrão, valores mínimo, mediana e máximo das variáveis relativas à estimação (IMC Atual) e satisfação (IMC Desejado) com o tamanho corporal das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP, obtidas pela aplicação da EFS (kg/m^2), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variáveis	Média	±DPM	Mínimo	Mediana	Máximo	Valor p
IMC ATUAL (n=60)						
Pré	3,74	4,65	-6,05	3,17	13,88	<0,01
Pós	1,13	3,15	-8,73	1,01	8,89	
IMC DESEJADO (n=60)						
Pré	-5,17	4,87	-15	-5	7,5	<0,01
Pós	-2,5	4,07	-22,5	-2,5	2,5	

Fonte: próprio autor. Teste de *Wilcoxon.*

Observou-se que não houve associação entre número de procedimentos cirúrgicos estéticos realizados em relação a acurácia e satisfação com o tamanho corporal nos períodos pré e pós-cirúrgico (p>0,05) (Tabelas 41 e 42).

Tabela 41 – Distribuição das frequências absoluta e relativa e associação entre (in)acurácia na estimação do tamanho corporal e número de cirurgias plásticas estéticas realizadas pelas participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré o pós-operatório, em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Número de Cirurgias	Tempo					
	Pré-operatório			Pós-operatório		
	Acurácia n (%)	Inacurácia n (%)	Total n (%)	Acurácia n (%)	Inacurácia n (%)	Total n (%)
1 Cirurgia	9 (25,0)	27 (75,0)	**36 (60,0)**	12 (33,33)	24 (66,67)	**36 (60,0)**
2 ou mais Cirurgias	5 (20,83)	19 (79,17)	**24 (40,0)**	13 (54,17)	11 (45,83)	**24 (40,0)**
Total	**14 (23,33)**	**46 (76,66)**	**60 (100)**	**25 (41,66)**	**35 (58,33)**	**60 (100)**
Valor p	0,71			0,11		

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado.*

Tabela 42 – Distribuição das frequências absoluta e relativa e associação entre satisfação com o tamanho corporal e número de cirurgias plásticas estéticas realizadas pelas participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré o pós-operatório, em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Número de Cirurgias	Tempo					
	Pré-operatório			Pós-operatório		
	Satisfação n (%)	Insatisfação n (%)	Total n (%)	Satisfação n (%)	Insatisfação n (%)	Total n (%)
1 Cirurgia	5 (13,89)	31 (86,11)	**36 (60,0)**	12 (33,33)	24 (66,67)	**36 (60,0)**
2 ou mais Cirurgias	3 (12,50)	21 (87,50)	**24 (40,0)**	11 (45,83)	13 (54,17)	**24 (40,0)**
Total	**08 (13,33)**	**52 (86,66)**	**60 (100)**	**23 (38,33)**	**37 (61,66)**	**60 (100)**
Valor p	0,88			0,33		

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado.*

4.2.3.2. Satisfação com a Aparência Física (*Body Dysmorphic Disorder Examination - BDDE*)

Os dados obtidos pela aplicação do BDDE apontaram que as avaliadas apresentaram média de pontuação superior no pré (53,97 ±25,76) em relação ao pós-operatório (24,45±20,26) (p<0,01) (Tabela 43).

Tabela 43 - Distribuição da média, desvio padrão, valores mínimo, mediana e máximo de pontuação do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética, em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Tempo	Pontuação BDDE					Valor p
	Média	± DPM	Mínimo	Mediana	Máximo	
Pré-operatório	53,97	25,76	10	51	105	<0,01
Pós-operatório	24,45	20,26	6	19	96	

Fonte: próprio autor. Teste de *Wilcoxon.*

Em relação à classificação de satisfação com a aparência física, verificou-se uma chance maior de as participantes estarem satisfeitas após a CPE (p<0,01) (Tabela 44).

Tabela 44 – Distribuição das frequências absoluta e relativa da classificação de satisfação com a aparência física (BDDE) das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética, em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Classificação BDDE	Tempo						
	Pré-operatório n (%)	Pós-operatório n (%)	Total n (%)	OR	IC 95%		Valor p
Satisfação	39 (65,0)	55 (91,67)	94 (78,33)	7,72	2,76	21,58	<0,01
Insatisfação	21 (35,0)	05 (8,33)	26 (21,66)				
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	**120 (100)**				

Fonte: próprio autor. Modelo de regressão logística com efeitos aleatórios.

Verificou-se que a classificação de (in)satisfação com a aparência física foi independe do número de cirurgias realizadas nos períodos pré e pós cirúrgico (p>0,05) (Tabela 45).

Tabela 45 – Distribuição das frequências absoluta e relativa e associação entre a satisfação com a aparência física e número de cirurgias plásticas estéticas realizadas nos períodos pré e pós-operatório pelas participantes (n=60) avaliadas em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Número de Cirurgias	Tempo					
	Pré-operatório			Pós-operatório		
	Satisfação n (%)	Insatisfação n (%)	Total n (%)	Satisfação n (%)	Insatisfação n (%)	Total n (%)
1 Cirurgia	24 (66,67)	12 (33,33)	**36 (100)**	31 (86,11)	5 (13,89)	**36 (60,0)**
2 ou mais Cirurgias	15 (62,50)	9 (37,50)	**24 (100)**	24 (100)	0	**24 (40,0)**
Total	**39 (65,0)**	**21 (35,0)**	**60 (100)**	**55 (91,66)**	**05 (8,33)**	**60 (100)**
Valor p	0,74			0,06		

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado.*

Em relação aos Critérios A, B e C, descritos no BDDE para o diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal, segundo o DSM-IV-TR™ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), as Tabelas 46, 47 e 48, descrevem as frequências de resposta das categorias dos Critérios, nos períodos pré e pós cirúrgico.

Em relação à categoria de resposta de número 2 ("Defeito físico observável") pertencente ao Critério A, verificou-se que, em 100% das avaliadas, o problema de aparência informado era observável, contudo não era raro ou anormal (por exemplo, um nariz grande, sobrepeso moderado) (Tabela 46).

Tabela 46 – Efeito de intervenção cirúrgica na categoria de resposta do Critério A para o diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal, segundo o DSM-IV-TR™ (APA, 1994), descritas no BDDE, referente às respostas das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório em dois serviços de cirurgia plástica estética de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Defeito físico observável (Critério A)			
#2= 0 ou 1 (pré)	**#2= 0 ou 1 (pós)**		
	SIM	**Total**	**Valor p**
SIM	60 (100)	60 (100)	N/A
Total	60 (100)	60 (100)	

Fonte: próprio autor. Teste de *McNemar*. # número da categoria de resposta = pontuação. N/A= não se aplica.

Em relação às categorias de resposta dos critérios A e B, observou-se que não houve efeito de intervenção cirúrgica apenas nas categorias 24 (p=0,08) e 26 (p=0,10), sendo, portanto, verificado efeito nas demais categorias (p<0,05) (Tabela 47).

Tabela 47 – Efeito de intervenção cirúrgica nas categorias de respostas dos Critérios A e B para o diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal, segundo o DSM-IV-TR™ (APA, 1994), descritas no BDDE, referentes às respostas das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório em dois serviços de cirurgia plástica estética de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016. Continua

Preocupação com o problema de aparência (Critérios A e B)			
#9 = 4 ou mais alto (pré)	**#9 = 4 ou mais alto (pós)**		
	NÃO	**SIM**	**Total**
NÃO	37 (61,67)	0	37 (61,67)
SIM	19 (31,67)	4 (6,67)	23 (38,33)
Total	56 (93,33)	4 (6,67)	60 (100)
Valor p	<0,01		
Preocupação com o problema de aparência em situações públicas (Critérios A e B)			
#10 =4 ou mais alto (pré)	**# 10 =4 ou mais alto (pós)**		
	NÃO	**SIM**	**Total**
NÃO	26 (43,33)	0	26 (43,33)
SIM	29 (48,33)	5 (8,33)	34 (56,67)
Total	55 (91,67)	5 (8,33)	60 (100)
Valor p	<0,01		

Tabela 47 – Efeito de intervenção cirúrgica nas categorias de respostas dos Critérios A e B para o diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal, segundo o DSM-IV-TR™ (APA, 1994), descritas no BDDE, referentes às respostas das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório em dois serviços de cirurgia plástica estética de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016. Continua

Preocupação sobre o problema de aparência em situações sociais (Critérios A e B)			
# 11 = 4 ou mais alto (pré)	**#11 = 4 ou mais alto (pós)**		
	NÃO	**SIM**	**Total**

NÃO	27 (45,0)	0	27 (45,0)
SIM	30 (50,0)	3 (5,0)	33 (55,0)
Total	57 (95,0)	3 (5,0)	60 (100)
Valor p	<0,01		
Importância do problema de aparência (Critério A)			
#18 =4 ou mais alto (pré)	**#18 =4 ou mais alto (pós)**		
	NÃO	**SIM**	**Total**
NÃO	14 (23,33)	4 (6,67)	18 (30,0)
SIM	19 (31,67)	23 (38,33)	42 (70,0)
Total	33 (55,0)	27 (45,0)	60 (100)
Valor p	<0,01		
Auto-avaliação negativa devido ao problema de aparência (Critério A)			
# 19 =4 ou mais alto (pré)	**#19 =4 ou mais alto (pós)**		
	NÃO	**SIM**	**Total**
NÃO	18 (30,0)	0	18 (30,0)
SIM	34 (56,67)	8 (13,33)	42 (70,0)
Total	52 (86,67)	8 (13,33)	60 (100)
Valor p	<0,01		
Angústia relacionada ao problema de aparência notado por outras pessoas (Critério B)			
# 13=4 ou mais alto (pré)	**#13=4 ou mais alto (pós)**		
	NÃO	**SIM**	**Total**
NÃO	48 (80,0)	1 (1,67)	49 (81,67)
SIM	10 (16,67)	1 (1,67)	11 (18,33)
Total	58 (96,67)	2 (3,33)	60 (100)
Valor p	<0,01		
Afastamento de situações públicas (Critério B)			
#23=4 ou mais alto (pré)	**#23=4 ou mais alto (pós)**		
	NÃO	**SIM**	**Total**
NÃO	51 (85,0)	1 (1,67)	52 (86,67)
SIM	7 (11,67)	1 (1,67)	8 (13,33)
Total	58 (96,67)	2 (3,33)	60 (100)
Valor p	0,03		
Afastamento de situações sociais (Critério B)			
#24=4 ou mais alto (pré)	**#24=4 ou mais alto (pós)**		
	NÃO	**SIM**	**Total**
NÃO	56 (93,33)	0	56 (93,33)
SIM	3 (5,0)	1 (1,67)	4 (6,67)
Total	59 (98,33)	1 (1,67)	60 (100)
Valor p	0,08		

Tabela 47 – Efeito de intervenção cirúrgica nas categorias de respostas dos Critérios A e B para o diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal, segundo o DSM-IV-TR™ (APA, 1994), descritas no BDDE, referentes às respostas das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório em dois serviços de cirurgia plástica estética de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016. Conclusão

Afastamento de contato físico (Critério B)			
#25=4 ou mais alto (pré)	**#25=4 ou mais alto (pós)**		
	NÃO	**SIM**	**Total**

NÃO	51 (85,0)	0	51 (85,0)
SIM	9 (15,0)	0	9 (15,0)
Total	60 (100)	0	60 (100)
Valor p	<0,01		
Afastamento de atividade física (Critério B)			
# 26=4 ou mais alto (pré)	**#26=4 ou mais alto (pós)**		
	NÃO	**SIM**	**Total**
NÃO	54 (90,0)	1 (1,67)	55 (91,67)
SIM	5 (8,33)	0	5 (8,33)
Total	59 (98,33)	1 (1,67)	60 (100)
Valor p	0,10		

Fonte: próprio autor. Teste de Teste de *McNemar*. # número da categoria de resposta = pontuação.

Em relação à categoria de resposta de número 34 (Problema de aparência não considerado por outra desordem) pertencente ao Critério C, verificou-se que em 100% das avaliadas a preocupação pareceu ser restrita à aparência (Tabela 48). Contudo, ressalta-se a necessidade de uma avaliação mais criteriosa (por um profissional psicólogo/psiquiatra) em relação a esta categoria.

Tabela 48 – Efeito de intervenção cirúrgica na categoria de resposta do Critério C para o diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal, segundo o DSM-IV-TR™ (APA, 1994), descritas no BDDE, referente às respostas das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório em dois serviços de cirurgia plástica estética de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Problema de aparência não considerado por outra desordem (Critério C)			
#34 =0 (pré)	**#34 =0 (pós)**		
	SIM	**Total**	**Valor p**
SIM	60 (100)	60 (100)	N/A
Total	60 (100)	60 (100)	

Fonte: próprio autor. Teste de *McNemar*. # número da categoria de resposta = pontuação. N/A= não se aplica.

Verificou-se que no período pré-cirúrgico, 75% (n=45) das avaliadas apresentaram pontuações superiores às indicadas em uma ou mais categorias de respostas em todos os três Critérios (A, B e C), portanto preenchendo os critérios para diagnóstico de TDC descritos no BDDE. Em contrapartida, após a cirurgia, apenas 11,7% (n=07) das participantes pontuaram em ao menos uma das categorias de respostas presentes nos três Critérios do instrumento (Tabela 49).

Tabela 49 – Distribuição das frequências absoluta e relativa referentes ao preenchimento de uma ou mais categorias de respostas dos Critérios A, B e C para diagnóstico de TDC descritos no BDDE, referentes às respostas das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório em dois serviços de cirurgia plástica estética de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Critérios TDC BDDE	Tempo	
	Pré-operatório n (%)	**Pós-operatório n (%)**
SIM	45 (75,0)	07 (11,7)
NÃO	15 (25,0)	53 (88,3)
Total	**60 (100)**	**60 (100)**

Fonte: próprio autor.

Não foram verificadas evidências de associação entre satisfação com a aparência física (BDDE) e satisfação com o tamanho corporal (EFS: kg/m^2) nos tempos pré e pós-cirúrgico (p>0,05) (Tabela 50).

Tabela 50 – Distribuição das frequências absoluta e relativa e associação da satisfação com o tamanho corporal (EFS: kg/m^2) e satisfação com a aparência física (BDDE) obtidas das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Classificação EFS (kg/m^2)	Classificação BDDE					
	Pré-operatório			Pós-operatório		
	Insatisfação	**Satisfação**	**Total**	**Insatisfação**	**Satisfação**	**Total**
Insatisfação	20 (95,24)	32 (82,05)	52 (8,0)	5 (100)	32 (58,18)	37 (61,66)
Satisfação	1 (4,76)	7 (17,95)	8	0	23 (41,82)	23 (38,33)
Total	21 (35,0)	39 (65,0)	60 (100)	5 (8,33)	55 (91,66)	60 (100)
Valor p	0,15			0,07		

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado.*

4.2.4. Caracterização das Atitudes Alimentares

Os dados obtidos pela aplicação do EAT-26 apontaram que não houve diferença nas médias de pontuação entre os períodos pré (15,6±10,41) e pós cirúrgico (16,07±9,63) (p<0,01) (Tabela 51).

Tabela 51 - Distribuição da média, desvio padrão, valores mínimo, mediana e máximo de pontuação do EAT-26 das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Pontuação EAT-26						Valor p
Tempo	**Média**	**± DPM**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**	
Pré-operatório	15,6	10,41	1	14	39	0,69
Pós-operatório	16,07	9,63	2	15	45	

Fonte: próprio autor. Teste de *Wilcoxon.*

Em relação à classificação das atitudes de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA), observou-se que não houve evidências de intervenção em relação ao risco para TA nos períodos pré e pós-operatório (p=0,85) (Tabela 52).

Tabela 52 – Distribuição das frequências absoluta e relativa da classificação de atitudes alimentares de risco para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares (EAT-26), das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Classificação EAT-26	Tempo						
	Pré-operatório n (%)	Pós-operatório n (%)	Total n (%)	OR	IC 95%		Valor p
Sem Risco	40 (66,70)	41 (68,30)		1,08	0,51	2,26	0,85
Risco	20 (33,33)	19 (31,67)					
Total	**60 (100)**	**60 (100)**	**120 (100)**				

Fonte: próprio autor. Modelo de regressão logística com efeitos aleatórios.

Observou-se que a presença ou não de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (EAT-26) foi independente do número de cirurgias realizadas (p>0,05) (Tabela 53).

Tabela 53 – Distribuição das frequências absoluta e relativa e associação da classificação do EAT-26 e o número de cirurgias plásticas estéticas realizadas pelas participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Número de Cirurgias	Tempo					
	Pré-operatório			Pós-operatório		
	Risco	Sem Risco	Total	Risco	Sem Risco	Total
1 Cirurgia	13	23	36	9	27	36
	36,11	63,89		25	75	
2 ou mais Cirurgias	7	17	24	10	14	24
	29,17	70,83		41,67	58,33	
Total	20	40	60	19	41	60
Valor p	0,58			0,17		

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado.*

Não foram verificadas evidências de associação entre acurácia na estimação do tamanho corporal (EFS: kg/m^2) e risco para desenvolvimento de Transtornos Alimentares nos tempos pré (p=0,83) e pós (p=0,96) cirúrgico (Tabela 54).

Contudo, verificou-se que houve evidência de associação entre satisfação com o tamanho corporal (EFS: kg/m^2) e risco para desenvolvimento de Transtornos Alimenatres antes da realização cirúrgica (p=0,03), sendo que 100% (n=20) das entrevistadas classificadas com Risco para TA estavam insatisfeitas com a IC; não houve evidência de associação entre as variáveis após a cirurgia (p=0,19) (Tabela 55).

Tabela 54 – Distribuição das frequências absoluta e relativa e associação entre o risco para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares (EAT-26) e acurácia na estimação do tamanho corporal (EFS: kg/m^2) obtidas das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Classificação EFS (kg/m^2)	**Classificação EAT**					
	Pré-operatório			**Pós-operatório**		
	Risco	**Sem Risco**	**Total**	**Risco**	**Sem Risco**	**Total**
Acurácia	5	9	14	8	17	25
	25	22,5		42,11	41,46	
Inacurácia	15	31	46	11	24	35
	75	77,5		57,89	58,54	
Total	20	40	60	19	41	60
Valor p	0,83			0,96		

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado.*

Tabela 55 – Distribuição das frequências absoluta e relativa e associação entre o risco para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares (EAT-26) e satisfação com o tamanho corporal (EFS: kg/m^2) obtidas das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Classificação EFS (kg/m^2)	**Classificação EAT**					
	Pré-operatório			**Pós-operatório**		
	Risco	**Sem Risco**	**Total**	**Risco**	**Sem Risco**	**Total**
Insatisfação	20	32	52	14	23	37
	100	80		73,68	56,1	
Satisfação	0	8	8	5	18	23
	0	20		26,32	43,9	
Total	20	40	60	19	41	60
Valor p	0,03			0,19		

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado.*

Não se observou evidências de associação entre risco para desenvolvimento de TA e satisfação com a aparência física (BDDE) nos tempos pré (p=0,57) e pós (p=0,56) cirúrgico (Tabela 56)

Tabela 56 – Distribuição das frequências absoluta e relativa e associação entre o risco para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares (EAT-26) e satisfação com a aparência física (BDDE) obtidas das participantes (n=60) avaliadas nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia plástica estética em dois serviços de cirurgia plástica de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Classificação BDDE	**Classificação EAT**					
	Pré-operatório			**Pós-operatório**		
	Risco	**Sem Risco**	**Total**	**Risco**	**Sem Risco**	**Total**
Insatisfação	8 (38,10)	13 (61,9)	21 (35,0)	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (8,33)
Satisfação	12 (30,77)	27 (69,23)	39 (65,0)	18 (32,73)	37 (67,27)	55 (91,66)
Total	20 (33,33)	40 (66,66)	60 (100)	19 (31,66)	41 (68,33)	60 (100)
Valor p	0,57			0,56		

Fonte: próprio autor. Teste de associação *qui-quadrado.*

5. DISCUSSÃO

5.1. DISCUSSÃO ESTUDO 1

5.1. Discussão Estudo 1

O presente estudo investigou a imagem corporal, as atitudes alimentares e o estado nutricional de candidatas à cirurgia plástica estética (abdominoplastia, lipoaspiração e mastoplastia de aumento) (grupo clínico pré-cirúrgico – G1), comparando-as a mulheres que não estavam em busca de procedimentos cirúrgicos (grupo de comparação não equivalente - G2).

A cirurgia estética mais realizada pelo G1 foi a mastoplastia de aumento, seguida por lipoaspiração e abdominoplastia, sendo os procedimentos mais realizados atualmente no Brasil (SBCP, 2016) e no mundo (ISAPS, 2016) e, portanto, os mais prevalentes em pesquisas relacionadas à imagem corporal em diferentes contextos socioculturais (AMARAL; FORTES; FERREIRA, 2011; DE BRITO e cols., 2015; COELHO e cols., 2015; CORIDDI e cols., 2013; GIULIANI e cols., 2013; OLIVEIRA e cols., 2013; MATTEI e cols., 2015; MCCARTHY e cols., 2012; SANTE; PASIAN, 2011; SAARINIEMI e cols., 2015). Em relação ao número de cirurgias realizadas, 60% (n=36) das avaliadas no presente estudo se submeteram a um único procedimento cirúrgico, enquanto outras 40% (n=24) foram submetidas a duas ou mais cirurgias, o que corrobora com outros estudos os quais apontaram que embora a maioria das mulheres realize procedimentos únicos, uma parcela considerável se submete a mais de uma CPE (COELHO e cols., 2015; VON SOEST e cols., 2009). Segundo a literatura, o desejo de atingir os padrões de beleza incentiva as mulheres a buscarem por seios volumosos e retirada de gordura e flacidez pela lipoaspiração e abdominoplastia. Além disso, o processo de envelhecimento e gestações também contribuem para o desejo em realizar cirurgias plásticas estéticas (CAMPANA; FERREIRA; TAVARES; 2012; JAVÓ e cols.; 2012). Ainda segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2016), a crescente prevalência do número de cirurgias estéticas, bem como o desejo em submeter-se à diferentes procedimentos decorre do aumento de cirurgiões plásticos capacitados, dos avanços tecnológicos que tornaram as cirurgias mais seguras e menos invasivas, bem como a facilitação do acesso e a redução dos custos cirúrgicos.

No que se refere aos dados sociodemográficos e econômicos, as participantes do G2 e G1 não apresentaram diferenças quanto à idade (G1: 37,98±10,93 anos; G2: 37,93±11,83 anos; p=0,81). Em relação ao estado civil, verificou-se que a maioria das entrevistadas de ambos os grupos era solteira e casada, contudo o grupo clínico pré-cirúrgico apresentou um maior número de mulheres divorciadas/separadas quando comparadas ao grupo de comparação não equivalente (G1: 23,33%; G2: 5,0%; p=0,02). A busca pela atratividade, apoio social e dos

familiares, amigos e parceiros são fatores que contribuem para a submissão à CPE (ALGARS e cols., 2009; SALEHAHMADI; RAFINE, 2012; SILVA e cols., 2011). A avaliação da satisfação corporal e estado civil ainda é escassa na literatura.

Segundo Ostovich e Rozin (2004), mulheres mais jovens estão mais insatisfeitas e preocupadas com a forma física em comparação àquelas com idades mais avançadas. Os autores argumentam que a busca por atingir os ideais estéticos estabelecidos pela cultura e a necessidade de atrair parceiros e de se reproduzir, são fatores que contribuem para a insatisfação com a própria imagem nessa população. Outros pesquisadores discutem que a qualidade e a satisfação conjugais entre as mulheres casadas exercem influências sobre a satisfação corporal e o corportamento alimentar, uma vez que críticas realizadas pelo parceiro em relação à esposa podem ser associadas à insatisfação da mulher, fortalecendo comportamentos e pensamentos negativos em relação ao próprio corpo; já o casamento vivenciado com qualidade satisfatória pode servir como um fator protetor de diversos problemas de saúde física e mental entre as mulheres (FRIEDMAN e cols., 1999; POLE; CROWTHER; SCHELL, 2004).

Em seu estudo, Javo e Sorlie (2010), observaram que ser divorciada/separada foi o preditor mais forte de interesse para a realização da lipoaspiração. Young e Damhorst (1999), descreveram que parece existir uma relação entre o divórcio e a percepção da aparência física. Para os autores a separação é uma fase de grandes transições onde a mulher assume novos papeis de identidade que podem ser acompanhados pela necessidade de buscar um novo significado para sua vida e de apreciar seu próprio corpo o que contribui para a realização de programas para perda de peso, prática de exercícios físicos e submissão à procedimentos estéticos. Ressalta-se ainda que as mulheres de meia idade experenciam mudanças corporais naturais desta fase e que os desafios relacionados à separação podem impactar seu bem-estar físico e emocional e consequentemente a autoestima; discutem também que isto dependenderá de como foi o relacionamento e se tiveram a autoestima baixa e percepção corporal negativa durante todo o casamento e o divórcio. Além disso, o sentimento de ser rejeitada por um ex-cônjuge e a necessidade subsequente para forjar relações com novos parceiros pode ter grande impacto sobre a percepção das mulheres sobre seus próprios corpos durante a meia-idade. Discutem também que mulheres “não-tradicionais” (que trabalham fora de casa) enfretam melhor o divórcio e são mais satisfeitas com o prórpio corpo quando comparadas àquelas que apresentavam um papel tradicional durante o casamento (YOUNG; DAMHORST, 1999).

Sugere-se que, embora não avaliados, os fatores expostos acima relacionados ao estado civil podem ter contribuido para a busca e realização de CPE.

Ao observar os resultados referentes às classes econômicas, verificou-se que a maior parte das participantes do G1 pertencia às classes B e A, enquanto a maioria das avaliadas do G2 era pertencente às classes B e C ($p<0,01$); já em relação ao grau de escolaridade não se verificou diferença entre os grupos ($p=0,08$), sendo que a maior parte das avaliadas cursou o ensino superior completo. Sante e Pasian (2011) avaliaram os dados socioeconômicos de 37 candidatas à lipoaspiração e mastoplastia adicional (G1) no mesmo serviço público em que foi realizada parte da coleta de dados do presente estudo, comparando-as a um grupo de comparação não equivalente (G2), composto por 41 mulheres que não estavam na fila para realização cirúrgica (profissionais que atuavam no mesmo serviço referente à coleta do G1). As pesquisadoras verificaram que a maior parte das avaliadas de ambos os grupos era pertencente às classes B e A e, assim como no presente estudo, a maior parte cursou o ensino superior completo (SANTE; PASIAN, 2011). É importante considerar que a variação entre classe econômica e grau de escolaridade deu-se pela avaliação de mulheres em dois serviços distintos (público e particular) e que a coleta de dados do grupo de comparação não equivalente foi em uma universidade particular com indivíduos de diferentes posições econômicas segundo suas funções (p. ex.: profissional de limpeza; secretária de curso, estudante e docente).

Em relação à classificação do estado nutricional (OMS, 2000), obtida através do cálculo do IMC (kg/m^2), verificou-se que a maior parte das participantes dos G1 e G2 foi classificada com eutrofia (G1: n=33, 55%; G2: n=24, 40%; $p=0,20$); entretanto é importante pontuar que parcela considerável das avaliadas, de ambos os grupos, foi classificada com o IMC acima da faixa de normalidade (G1: n=26; 43,3%; G2: n=36; 60%). Estes resultados refletem os dados de pesquisas populacionais realizadas no Brasil que apontam o crescimento na prevalência do excesso de peso em ambos os sexos, sendo que para as mulheres houve um aumento das taxas de sobrepeso de 28,7% em 1974-1975 (Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF) para 48% em 2008-2009 (Pesquisa de Orçamento Familiar – POF) e obesidade de 8% para 16,9% quando comparadas as mesmas datas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). No contexto da CPE, assim como verificado no presente estudo, tem-se observado frequências relativamente significativas de candidatas a procedimentos cirúrgicos estéticos com o peso superior ao adequado (COELHO e cols., 2015; CORIDDI e cols., 2013; GIULIANI e cols., 2013; OLIVEIRA e cols., 2013; SANTE; PASIAN, 2011; SAARINIEMI e cols., 2015).

Verificou-se ainda que, embora observado diagnóstico de sobrepeso e obesidade em ambos os grupos, 15% (n=09) e 30% (n=18) das avaliadas do G2 e G1, respectivamente, referiram realizar dietas, sendo que apenas 8,30% (n=05) do G2 e 13,3% (n=08) do G1 relataram estar

em acompanhamento nutricional com profissional da saúde (nutricionista ou nutrólogo); em relação aos relatos das participantes que não realizavam acompanhamento médico ou nutricional, as dietas mais realizadas eram do tipo restritiva (restrição de alimentos ou de nutrientes específicos, especialmente o carboidrato), uso de *shakes herbalife* e dieta *Dukan* (dieta hiperproteica).

O sobrepeso e a obesidade estão associados a um conjunto de fatores, tais como genéticos, ambientais, metabólicos, endócrinos, psicológicos, culturais e sociais (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004; COUTINHO; DUALIB, 2006). Acerca destes fatores, as pesquisas discutem que a adoção de um comportamento alimentar inadequado e o sedentarismo atuem sobre genes de susceptibilidade sendo fatores determinantes para o crescimento do excesso de peso no mundo. Dessa forma, é possível que a obesidade e suas complicações metabólicas sejam resultantes de fatores poligênicos complexos e um ambiente obesogênico, decorrentes do processo de industrialização e urbanização (COUTINHO; DUALIB, 2006; NAVES, 2007). Em contrapartida, cresce a busca por estratégias de redução de peso, especialmente através de fármacos e "dietas da moda", os quais prometem resultados rápidos e atraentes, mas que carecem de um fundamento científico (BETONI; ZANARDO; CENI, 2010), bem como o desejo de submeter-se à procedimentos cirúrgicos estéticos, como a lipoaspiração e a abdominoplastia. Como já descrito anteriormente, muitos indivíduos acreditam erroneamente que estes procedimentos poderão produzir uma perda de peso significativa, contudo, a quantidade de gordura e tecido removidos geralmente resultam em pouca alteração do peso corporal. Dessa forma, não são considerados tratamentos adequados para redução de peso (BRASIL, 2003; SARWER; CRERAND, 2004; SBCP, 2016). Além disso, o excesso de peso pode contribuir para a ocorrência de complicações cirúrgicas como hematomas, infecções, seroma, disfunção pulmonar, tromboembolismo venoso infarto agudo do miocárdio, fístulas entre outras (GUPTA e cols., 2016; BRASIL, 2003; NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007; SBCP, 2016).

As estratégias para alcançar o peso desejável podem ser explicadas pela relação entre IMC (kg/m^2) e satisfação corporal, uma vez que, associado a fatores socioculturais, o aumento do peso contribui para a inacurácia na estimação e insatisfação corporais, bem como com a adoção de atitudes e comportamentos não saudáveis para controle/manutenção ponderal (ALVARENGA e cols., 2010; COUTINHO e cols., 2012; DANIEL e cols., 2014; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006; OLIVEIRA; HUTZ, 2010). Esses achados corroboram com os resultados observados no presente estudo pela aplicação da EFS (kg/m^2), os quais revelaram que a maioria das participantes apresentou inacurácia (G1: n=46, 76,67%; G2: n=53, 88,33%)

e estava insatisfeita (G1: n=52, 86,67%; G2: n=49, 81,67%) com o próprio tamanho corporal, não sendo observada associação entre os grupos e as variáveis analisadas (p>0,05). Observou-se ainda que grande parte das avaliadas superestimou o seu tamanho corporal Real (G1: n=41, 89,13%; G2: n=48, 90,57%) e gostaria de pesar menos do que pensava possuir (G1: n=48, 92,31%; G2: n=46, 93,88%). As entrevistadas do G1 se percebiam em média 5,94 kg/m^2 (±3,71) a mais do que em média realmente possuíam (24,84 kg/m^2±4,22 kg/m^2) e gostariam de pesar em média 6,82 (±3,78) a menos do que se percebiam. As avaliadas do G2 que superestimaram o seu tamanho corporal Real, se percebiam (IMC Atual) em média com 6,26 kg/m^2 (±3,39) a mais do que seu IMC Real médio (26,34 kg/m^2±4,57 kg/m^2) e gostariam de possuir (IMC Desejado) em média 7,28 kg/m^2 (±3,61) a menos do que pensavam ter (IMC Atual). Não se verificou diferenças entre os grupos e as médias analisadas (p>0,05). Além disso, não foram encontradas associações entre as classificações obtidas pela EFS e as demais variáveis sociodemográficas e econômicas analisadas (p>0,05).

Os dados obtidos pela EFS rejeitam a nossa hipótese de que as mulheres que não buscam por procedimentos cirúrgicos estéticos estariam mais satisfeitas com o tamanho corporal comparativamente às candidatas à cirurgia. Entretanto os resultados observados estão de acordo com outras pesquisas que utilizaram Escalas de Figuras de Silhuetas no sexo feminino em diferentes contextos socioculturais, em que se observou uma maior prevalência de superestimação do tamanho corporal Real e o desejo de possuir uma silhueta menor (ANTUNES; POZZOBON; PEREIRA, 2015; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006; LAUS, 2012; MOTA; BRAGA COSTA; ALMEIDA, 2014), justificada pelas exigências e valorização de padrões corporais observados atualmente, que contrariam o aumento da prevalência das taxas de sobrepeso e obesidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento observado nos últimos anos (FREITAS e cols., 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A satisfação com o peso também foi referida pelas avaliadas de ambos os grupos sendo verificada concordância moderada entre os relatos das participantes no que se refere à satisfação com o próprio peso (satisfação/perder peso/ganhar peso) e satisfação com o tamanho corporal avaliada pela EFS (satisfação/pesar menos/pesar mais).

Quando questionadas sobre a satisfação com a aparência física, observou-se que todas as avaliadas do G1 (n=60; 100%) relataram estar insatisfeitas com a própria aparência, enquanto a que a maioria das avaliadas do G2 (n=53; 88,3%) referiu estar insatisfeita com a própria aparência, diferindo da amostra do G1 (p=0,01). Além disso, grande parte das entrevistadas, de ambos os grupos, referiram insatisfação a partir da vida adulta (G1: n=39; 65%; G2: n=39; 65%), embora tenha se observado uma maior proporção dos relatos das mulheres do G1

insatisfeitas com a aparência física desde a adolescência (n=21; 35%) (p<0,01). A IC é um constructo complexo que tem início na infância e que se modifica durante todo o processo de desenvolvimento de um indivíduo. A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta e é marcada por grande modificação biopsicossocial. Em meio às transformações hormonais, funcionais, afetivas e sociais, as alterações corporais adquirem importância fundamental para o adolescente. É através de seu corpo que o jovem pode se perceber melhor e externalizar as alterações que está vivendo (MOTA e cols., 2012). Em relação às adolescentes, nesta fase ocorre um maior acúmulo de gordura corporal o que, muitas vezes, pode desencadear uma maior insatisfação com o próprio corpo, associado aos padrões de beleza estabelecidos pela mídia, amigos, pais e a sociedade, estes fatores podem contribuir para o início da insatisfação corporal (MARTINS e cols., 2010). Já na vida adulta, a necessidade de parecer mais atraente, ganhar maior posição social, valoriazação e apoio de familiares, amigos e parceiros associadas às mudanças fisiológicas ocasionadas pela gestação e envelhecimento relacionam-se à satisfação com o corpo (ALGARS e cols., 2009; SALEHAHMADI; RAFINE, 2012; SILVA e cols., 2011). Ressalta-se que, quanto maior o tempo e o grau de insatisfação com o próprio corpo, maiores as chances do indivíduo em submeter-se a comportamentos de risco à saúde e à busca por procedimentos estéticos.

Avaliamos ainda os relatos das participantes quanto à insatisfação com parte (s) do corpo as quais gostariam de mudar; verificou-se que o abdome ("barriga") e os seios foram as partes mais relatadas pelas mulheres do G2 (61,7%; 26,7%); é importante considerar que 40% das participantes do grupo de comparação não equivalente informaram que teriam interesse em realizar uma ou mais cirurgias estéticas, sendo as mais relatadas a mastoplastia de aumento, lipoaspiração e abdominoplastia ou associação das três primeiras cirurgias descritas. As partes corpóreas mais referidas pelas avaliadas do G1 foram os seios e a o abdome (76,7%; 56,7%), o que vai de encontro com as escolhas para CPE. Observou-se também que, em geral, as avaliadas de ambos os grupos, relataram insatisfação com uma ou mais partes do corpo, sendo coletados relatos sobre a insatisfação com a gordura localizada, celulite, flacidez e tamanho de determinadas regiões corporais como braços, flancos, pernas, face, nariz, pálpebra, coxa, glúteos e culotes. Sarwer e cols. (1998), em seu estudo com 100 candidatas à CPE, observaram que as partes que geravam maior insatisfação entre as mulheres foram os seios, a face, olhos, nariz, abdome e cintura, pescoço, queixo, glúteos e pernas/coxas, sendo que a maior parte correspondia a qual seria submetida à CPE; contudo, outras partes corporais as quais não seriam submetidas ao procedimento também geravam insatisfação.

Segundo Hirata e Pilati (2010), além do desejo de perder peso, as preocupações com partes específicas do corpo também corroboram para o aumento da insatisfação corporal. Em seu estudo, os pesquisadores verificaram que as mulheres estavam insatisfeitas com a gordura corpórea em geral, bem como com o acúmulo em partes específicas do corpo; acreditavam que possuíam excesso de gordura corpórea e que se estivessem mais magras se sentiriam melhores; gostariam de mudar muitas partes em seus corpos e achavam que suas pernas e braços estavam flácidos. Para os autores, o desejo de mudança corporal se associou ao descontentamento em relação à gordura e a valorização da magreza, concluindo que a avaliação cognitiva e afetiva que um indivíduo faz do próprio corpo pode ser importante para a compressão dos fatores associados à tomada de algumas decisões, como o consumo de medicamentos que alteram o apetite ou mesmo a busca por cirurgias plásticas estéticas (HIRATA; PILATI, 2010).

É importante pontuar que as mulheres insatisfeitas com a aparência física (G1: n= 60; G2: n=53) ainda responderam se a insatisfação lhes causava (ou não) incômodo em um ou mais aspectos de sua vida, tais como, emocionais, sexuais, sociais e profissionais; verificou-se que a maioria (60,3%; n=32) das entrevistadas do G2 referiram “nenhum dos aspectos”. Em contrapartida, apenas 3,3% (n=02) das mulheres do G1 referiram “nenhum aspecto” e 96,66% (n=58) disseram que a insatisfação lhes causava incômodo em um ou mais de um dos aspectos mencionados, sendo que o emocional foi o aspecto mais citado em ambos os grupos (G1: 80%; G2: 23,3%). Também se observou frequência de resposta importante no G1 em relação aos aspectos sociais (48,3%) e sexuais (48,3%).

Como descrito por Slade (1994), a imagem corporal é a representação mental que o indivíduo possui em relação ao tamanho, aparência e forma do corpo, assim como das respostas emocionais (sentimentos) a ela associadas. É provável que a insatisfação corporal esteja associada com uma variedade de fatores emocionais (MANJREKAR; BERENBAUM, 2012), os quais não foram investigados no presente estudo. O aumento do peso e o descontentamento com áreas corpóreas são fatores que impactam a avaliação sobre a própria imagem, uma vez que o bem-estar psíquico e social hoje, no contexto sociocultural em que vivemos, depende cada vez mais da “medida” corpórea. As consequências destes fatores podem ser o surgimento de sintomas depressivos e ansiosos, diminuição da sensação de bem-estar e aumento do sentimento de inadequação social (CASH, 1993). Para Manjrekar e Berenbaum (2012), as emoções têm implicações sobre os julgamentos, decisões, prioridades e ações dos indivíduos, especialmente sobre suas experiencias corporais; para os autores, os afetos negativos estão associados à insatisfação e menor precisão na estimação corporal.

No contexto da CPE, Adams (2010) argumenta que, segundo os pacientes, as expectativas pelas alterações nos atributos físicos esperadas pela cirurgia poderão facilitar o seu relacionamento social e bem-estar emocional. Diante disso, a imagem corporal vem sendo considerada central para o entendimento das características psicológicas dos pacientes de cirurgia plástica estética. Pesquisas com grupos clínicos sugerem alta prevalência de insatisfação corporal em pacientes no período pré-operatório (SAWER; CRERAND; MAGEE, 2011) e que a insatisfação com o corpo é considerada como o principal fator motivador para a realização cirúrgica já que para os candidatos ao procedimento cirúrgico, a aparência corporal é um dos fatores mais importantes para a manutenção da autoestima (MULKENS e cols., 2012; SARWER; CRERAND, 2004). Já após a cirurgia, observa-se que a redução da insatisfação corporal é acompanhada por diminuição dos níveis de ansiedade, depressão, melhorias na autoestima e da autoconfiança (CINGI; SONGU; BAL, 2011; DARISI; THORNE; IACOBELLI, 2005; DOWLING e cols., 2013).

Considerando especificamente às cirurgias as quais as participantes do presente estudo foram submetidas, em relação à prótese mamária, estudos apontam que período pré-cirúrgico, a insatisfação com seios se associa ao mal-estar psicossocial e sexual (MATTEI e cols., 2015; MCCARTHY e cols., 2012). Para Sarwer (2007), as motivações para a cirurgia estética podem ser categorizadas como internas (para melhorar a autoestima) e externas (conquistar um relacionamento amoroso). Apesar de uma clara distinção entre estas motivações, as internas são mais difíceis de serem "solucionadas" pela cirurgia. A insatisfação com a IC, ou mais especificamente, a insatisfação com o tamanho e formato das mamas, se contitui como principal fator motivador para a realização da mastoplastia de aumento. Observa-se ainda que candidatas ao implante de silicone são mais insatisfeitas que as que não buscam pelos procedimentos mesmo com mamas menores; estudos epidemiológicos apontam que parece existir uma relação entre implantes mamários e o suicídio (SARWER, 2007).

As preocupações com o peso, gordura corporal localizada e flacidez são os aspectos fundamentais para a busca da abdominoplastia e a lipoaspiração. As mulheres aprendem desde a infância que a percepção de seu valor pessoal é dependente de sua aparência; a pressão exercida sobre o sexo feminino para atingir o corpo ideal pode gerar insatisfação, especialmente com partes específicas do corpo, tais como abdômen, coxas, quadril, culotes, flancos e, especialmente, o tamanho dos seios que, em particular, representa para as mulheres a feminilidade e sexualidade, portanto, possuem papel fundamental na identidade feminina (CAMPANA; FERREIRA; TAVARES; 2012; SWAMI e cols., 2015).

Diferente dos resultados obtidos pela aplicação da EFS, os dados do BDDE mostraram que as entrevistadas do G2 estavam mais satisfeitas com a aparência física quando comparadas ao G1 (G2: n=08; 13.33%; G1: n=21; 35%) (p=0,04), sendo, portanto, verificadas diferenças nas médias de pontuação entre os grupos (G2: 39,98 (±24,50); G1: 53,97 (±25,76); p<0,01). Não foram encontradas associações entre as classificações obtidas pelo BDDE e as demais variáveis sociodemográficas e econômicas analisadas (p>0,05).

As diferenças encontradas na análise da IC podem ser justificadas pela diferença dos constructos avaliados pelos instrumentos; como já descrito, a EFS avalia os componentes perceptivos e de satisfação geral com a IC (acurácia na estimação e a satisfação com o tamanho corporal, relacionados ao IMC (kg/m^2)) (KAKESHITA e cols., 2009), enquanto o BDDE avalia a satisfação com a aparência física, com enfoque nos componentes: satisfação, cognitivos, afetivos e comportamentais, sendo uma entrevista designada para a triagem do TDC e mensuração da gravidade da insatisfação com a aparência física em seis dimensões: preocupação e avaliação negativa da aparência física; excessiva importância atribuída à aparência física, na autoavaliação; vergonha, constrangimento e percepções de autorreferência; evitação de situações ou atividades em público, ou contato físico com os outros; estratégias de camuflagem (estilos de roupa e acessórios, tipos de maquiagem e postura corporal); comportamentos de checagem em relação à própria aparência física (inspeção de áreas do corpo, reasseguramento de preocupações com a aparência e comparação com os outros) (ROSEN; REITER, 1996).

Diante disso, parece que, em relação ao tamanho corporal, independentemente da busca pela CPE, em geral, a maioria das mulheres está insatisfeita, superestima o tamanho da silhueta e gostaria de pesar menos do que pensam pesar, o que já é observado na literatura; no entanto, quando entrevistadas com questões relativas às seis dimensões propostas pelo BDDE, as mulheres que buscavam por CPE apresentaram maior prevalência de insatisfação.

Independente da metodologia empregada, estudos apontam que candidatos à CPE apresentam insatisfação com a IC (DE BRITO e cols., 2010; CHEN e cols., 2010; DOWLING e cols. 2013; MCCARTHY e cols., 2012; SARWER e cols., 2008; VON SOEST e cols., 2009). Segundo Cash (2002), existe uma correlação positiva entre a insatisfação corporal e o interesse em se submeter à CPE, sendo a preocupação excessiva com o tamanho, forma e medidas corpóreas a principal motivação para a realização cirúrgica. Além disso, observa-se nessas pessoas um maior investimento na aparência, maior internalização de mensagens da mídia, culto ao corpo de celebridades, maior valorização de bens materiais e baixa autoestima (HENDERSON-KING; BROOKS, 2009). Para Davison e McCabe (2005), as mulheres que

possuem maiores níveis de insatisfação com a IC investem mais na aparência, recorrem mais a estilos de *coping* de evitamento e aceitação do seu próprio corpo; além disso, tendem, com mais frequência do que os homens, a realizarem comparações do seu corpo com o de outras mulheres, pelo fato de centrarem mais nos aspectos sociais da IC, relatando maiores níveis de ansiedade social, o que indica maior preocupação com a possibilidade de os outros avaliarem negativamente a sua aparência (DAVISON; MCCABE, 2005). Observa-se ainda que a procura e aceitação da cirurgia plástica estética estão positivamente associadas à internalização dos padrões de beleza, autoafirmação vinculada às opiniões paternas, maternas e pessoas próximas, com o objetivo de buscar a satisfação pessoal (DAVISON; MCCABE, 2005).

Em relação aos dados obtidos pelo BDDE, a pesquisa de Sarwer e cols. (2008) com 100 americanos (98 mulheres) candidatos à CPE (mastoplastia de aumento, blefaroplastia, lipoaspiração, ritidoplastia e rinoplastia), mostrou média de pontuação de 47,56, estando próxima à encontrada no presente estudo. Em estudo mais anterior, Sarwer e cols. (1998) também verificaram médias semelhantes em 100 candidatas à CPE (44, 06 anos ±14,56) com a aplicação do BDDE (média de pontuação: 47,76 ±29,44). Contudo, outros estudos com a aplicação do instrumento em pacientes selecionadas para realização de rinoplastia, abdominoplastia, ritidoplastia e mastoplastia divergiram dos nossos achados, com a apresentação de médias superiores a 66 (DE BRITO, 2011; JORGE e cols., 2008).

Dowling e cols. (2013) aplicaram o *Dysmorphic Concerns Questionnaire* – DCQ (JORGENSEN e cols., 2001) em 142 australianos (131 mulheres; 11 homens; 39,8 anos ±10,9) candidatos à CPE (rinoplastia, mastoplastia de aumento e redução, cirurgias faciais, lipoaspiração e abdominoplastia) e observaram prevalências elevadas de preocupação dismórfica nesta população.

Estudos comparativos entre grupos cirúrgicos e não cirúrgicos são escassos, e apontam para maior prevalência de insatisfação corporal nas candidatas à CPE (SANTE; PASIAN, 2011), ou que não existem diferenças entre os grupos quanto à satisfação corporal (CHEN e cols., 2010).

Sante e Pasian (2011) investigaram o estado nutricional (IMC: OMS, 2000), as características de personalidade (Escalas de Personalidade de Comrey – CPS: Costa, 2003) e de satisfação com a imagem corporal (Escala de Satisfação com a Imagem Corporal – ESIC: Ferreira e Leite, 2002) em mulheres com idades entre 18 e 50 anos que buscavam por mastoplastia de aumento e lipoaspiração (G1: n=37) no ambulatório de Cirurgia Plástica do HC/FMRP/USP, comparativamente a mulheres não solicitantes destes procedimentos (G2: n=41). As pesquisadoras observaram que não houve diferença em relação à classificação do EN (p=0,70), sendo que a maioria das avaliadas do G1 foi classificada com eutrofia (n=28); seguida

de sobrepeso (n=05); desnutrição (n=03) e obesidade (n=01); da mesma forma, a maior parte do G2 estava com IMC dentro da faixa de normalidade (n=31), seguida por sobrepeso (n=08) e desnutrição (n=02). Já os dados dos instrumentos mostraram diferenças entre os grupos para satisfação com própria aparência (p= 0,028) e na CPS para Confiança x Atitude Defensiva (p=0,003), sugerindo que o G1 apresentou maior insatisfação com a própria aparência corporal e elevada atitude defensiva em relação ao G2. Segundo as pesquisadoras, estes resultados poderiam estar associados a uma eventual percepção, por parte das mulheres que aguardavam CPE, de constante cobrança para seguirem padrões estéticos e comportamentais determinados (muitas vezes, antinaturais), podendo vivenciar, por características internas, seu meio social como potencialmente hostil e ameaçador. Desta forma, poderiam permanecer em estado psíquico de prontidão para serem atacadas ou rejeitadas por este ambiente, por se considerarem esteticamente marginalizadas. Discutem ainda que mulheres que buscam por CPE podem ser mais sensíveis e desconfiadas nos contatos interpessoais, assim como mais insatisfeitas com a própria aparência, comparativamente às mulheres que não desejavam CPE. Para as pesquisadoras, esta população pode apresentar ainda sinais de ansiedade, inadequação no ajustamento social, depressão, ansiedade social e dificuldade na relação interpessoal e sinais paranoides como egocentrismo, competitividade e impulsividade (SANTE; PASIAN, 2011).

Resultados contrários aos expostos acerca da IC entre grupos cirúrgico e não cirúrgico foram encontrados na pesquisa conduzida em Taiwan por Chen e cols. (2010), que comparou variáveis entre um grupo de candidatas à CPE (ritidoplastia , blefaroplastia , rinoplastia, mastoplastia de aumento, lipoaspiração e lipoenxertia facial; n = 85; 35,8 ± 11,4) e um grupo de mulheres que não realizaram e não buscavam por procedimentos cirurgicos (n=105; idade: 33,6 ± 4,5 anos). As variáveis avaliadas foram: a imagem corporal (*Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire* – MBSRQ: Cash, 2005), a autoestima (*Rosenberg Self-Esteem Scale* – RSE: Cheng e Hamid, 1995) e a percepção sobre a opinião de outras pessoas em relação à própria aparência (*11-item scale*: Wang, 2001). Ainda realizaram perguntas acerca do suporte social para a realização cirúrgica e a satisfação com a vida sexual para as candidatas à cirurgia.

Verificou-se que a principal preocupação das mulheres em relação à realização da CPE era a segurança cirúrgica em 69,4% das candidatas. No que se refere ao suporte social, o apoio da família foi mais predominante para a realização do procedimento (89,4%). Além disso, a maioria das avaliadas (63,5%) também recebeu o apoio de todos os três grupos sociais (família, amigos e pares) para a submissão à CPE. Em relação à satisfação com a vida sexual, 7,1% relataram estar “muito satisfeitas” 25,9% estavam “satisfeitas”, 17,6% “nem satisfeita nem

insatisfeita", e 3,5% estavam "muito insatisfeita". Não foram obtidas respostas de 45,9 % das candidatas à cirurgia (CHEN e cols., 2010).

A avaliação da IC (avaliação e orientação para a aparência e a satisfação com áreas do corpo - MBSRQ) das candidatas à CPE não diferiu do grupo de comparação não equivalente; além disso, diferente de outros estudos, as candidatas à CPE apresentaram maior autoestima e melhor percepção sobre a opinião de outras pessoas em relação à própria aparência em comparação àquelas que não buscavam a cirurgia. Além disso, a autoestima foi positivamente correlacionada com a avaliação da aparência e com a satisfação da área corporal. A satisfação com as áreas do corpo apresentou correlação negativa com a probabilidade de realizar a cirurgia; a análise de regressão indicou que apenas insatisfação com áreas do corpo aumentou a probabilidade de as avaliadas realizarem a CPE. Diante dos resultados, os pesquisadores concluíram que as candidatas à CPE não apresentaram maior insatisfação com a imagem corporal ou maior investimento da imagem corporal que o grupo de comparação não equivalente, no entanto, a área de insatisfação corporal foi o único preditor significativo para a probabilidade de realização cirúrgica. A maior autoestima das candidatas à CPE se opõe a visão de que a baixa autoestima é o principal fator motivador para cirurgia (CHEN e cols., 2010).

Com relação ao período pós-operatório, Coelho e cols. (2015) compararam os níveis de insatisfação corporal (*Body Shape Questionnaire – BSQ:* Di Pietro e Silveira, 2009) e o estado nutricional (IMC: OMS, 2000) entre mulheres que nunca haviam realizado cirurgia plástica (G1: n=35; idade: 29,74±10,77 anos; IMC: 23,92±2,89) e aquelas que já haviam realizado uma (G2: n=45; 31,13±7,66 anos; IMC: 22,93±3,35) ou mais de uma CPE (G3: n=35; 36,11±11,02; IMC: 24,15±). Os escores do BSQ não mostram diferenças entre os grupos, sendo observado insatisfação corporal em 25,71% (n=09) do grupo não cirúrgico, em 17,78% (n = 8) das mulheres que passaram por uma cirurgia plástica e em 20% (n=7) no grupo com mais de uma cirurgia.

Em estudo também conduzido após a CPE, Von Soest e cols. (2009) avaliaram a imagem corporal (avaliação e orientação para a aparência - *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire–Appearance Scales* - MBSRQ-AS), a autoestima (*Rosenberg's Self-Esteem Scale* - RSE) e a presença de problemas psicológicos em geral (*Hopkins Symptom Checklist* – SCL: Derogatis e cols., 1974) em 155 norueguesas (idade média: 37,1±11,0 anos) solicitantes de CPE (mastoplastia de aumento e redução; lipoaspiração, abdominoplastia, beflaroplastia, e correção de cicatriz) comparativamente àquelas que não haviam realizado e que não buscavam por procedimentos cirúrgicos estéticos (n=838; idade: 38,8±9,0 anos). Os resultados não mostraram diferenças significativas entre a amostra de comparação e as pacientes após a

cirurgia na avaliação da IC, autoestima e problemas psicológicos. Em contraste, as pacientes apresentaram pontuações significativamente mais elevadas na subescala de orientação para a aparência do que as mulheres da amostra de comparação.

Comparamos ainda as categorias de respostas referentes a cada critério descrito no BDDE para triagem de TDC (critérios A, B e C), entre os grupos experimental e comparação.

Em relação ao critério A ("Preocupação com um imaginado problema na aparência"), verificou-se associação entre as categorias de respostas 10 ("Preocupação com o problema de aparência em situações públicas"), 11 ("Preocupação sobre o problema de aparência em situações sociais") e 19 ("Auto avaliação negativa devido ao problema de aparência"), sendo observado no G1 maior proporção de respostas consideradas indicativas para diagnóstico para TDC, em relação ao G2 ($p<0,05$). Embora não encontrada diferença, a frequência de resposta para a categoria de número 18 ("Importância do problema de aparência") foi significativa em ambos os grupos (G2: n=41; 68,33%; G1: n=42; 70%).

Sarwer, Crerand e Didie (2003), discutem que o Critério A do DSM-IV, independentemente dos outros critérios, descreve a maioria dos pacientes que se submetem à CPE. Sob essa perspectiva, os pacientes geralmente consideram as suas características físicas como "anormais". Os cirurgiões podem reforçar esta ideia de "anormalidade" através da oferta de procedimentos que podem "melhorar" ou "corrigir" o recurso desejado. Como resultado, a avaliação de uma característica como "defeituosa", "anormal", ou simplesmente "corrigível" é altamente subjetiva (SARWER; CRERAND; DIDIE, 2003).

Portanto, a preocupação com um defeito leve ou imaginado na aparência é a característica marcante do TDC; as preocupações podem concentrar-se na face, bem como outras características corpóreas as quais podem ser alteradas por procedimentos estéticos. Embora as características mais comuns sejam a pele, o cabelo e o nariz, qualquer área do corpo pode tornar-se foco de precupação, sendo que geralmente as preocupações são referentes a mais de uma parte corporal. Além disso, após "solucionarem" o susposto problema de aparência por meio de tratamentos estéticos, indivíduos com TDC podem direcionar a insatisfação para outra caracterítica corpórea (SARWER; CRERAND; DIDIE, 2003).

Ressalta-se ainda que a maioria das pessoas com TDC são incapazes de reconhecer que as suas preocupações são excessivas. Podem ter uma vida social prejudicada devido à importância exagerada e à obsessão com a aparência (p. ex., esquiva de algumas situações sociais) até graus mais extremos (p. ex., confinar-se em casa). Em geral, o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida são acentuadamente empobrecidos, comprometendo o trabalho e o desempenho acadêmico ou de papeis (p. ex., como pais ou cuidadores) (AMERICAN

PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Contudo, o nível de interferência no cotidiano do indivíduo pode variar, segundo o estágio da patologia em que se encontra (SARWER; CRERAND, 2008).

Como já descrito anteriormenete, a adoção de comportamentos compulsivos também é observadas em pacientes com TDC, como por exemplo, comparações com outras pessoas, gastar muito tempo com a aparência ou com a avaliação de seu suposto defeito, realizar checagem no espelho, arrumar-se de maneira excessiva e frequentemente evitar situações e roupas que podem expor a sua característica indesejada; realizar exercícios em excesso e buscar por procedimentos estéticos. Outros podem fazer uso de estratégias de camuflagem como o uso de maquiagens, *soutiens* com preenchimento, sendo um comportamento observado em aproximadamente 88% dos pacientes com o distúrbio (SARWER; CRERAND; DIDIE, 2003).

Em relação ao Critério B ("A preocupação causa angústia clinicamente significante ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento"), observou-se associação entre as categorias de respostas 10 e 11 (descritas anteriormente), 24 (Afastamento de situações sociais) e 25 (Afastamento de contato físico), entre os grupos, sendo que as avaliadas do G1 apresentaram maior proporção de respostas acima da pontuação indicada pelo instrumento como indicativa de diagnóstico para TDC, em relação ao G2 ($p<0,05$) .

Para Sarwer, Crerand e Didie (2003), a avaliação do grau de sofrimento ou prejuízo psicológico em áreas importantes da vida deve ser considerada o critério mais relevante na identificação do TDC em pacientes que buscam pela CPE. Segundo os pesquisadores, no pré-operatório, os pacientes de cirurgia plástica estética relatam insatisfação com a imagem corporal, particularmente acerca da parte específica a qual pretende submeter ao procedimento cirúrgico. Como já discutido anteriormente, esta insatisfação é um fator motivador para a busca cirúrgica. No entanto, a determinação do grau de insatisfação, bem como avaliar os prejuízos no funcionamento diário da vida do sujeito é subjetivo. Aproximadamente 20% dos jovens com TDC referem desistência da escola devido à sintomatologia, havendo prejuízos nos relacionamentos afetivos e atividades sociais. Parcela importante dos pacientes adultos e adolescentes com TDC necessita de internação psiquiátrica para tratamento da doença (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Portanto, verificar que uma mulher está tão preocupada com sua aparência e que não sai mais de casa por este motivo, deve ser um aspecto a ser avaliado por um psiquiatra ao invés de um cirurgião plástico (PHILLIPS, 2002; SARWER; CRERAND; DIDIE, 2003).

Para alguns pacientes com TDC, o desespero emocional para corrigir o “suposto defeito” percebido pode causar sofrimento psicológico (altos níveis de ansiedade generalizada, ansiedade social, esquiva social, humor deprimido, neuroticismo, perfeccionismo, baixa autoestima e baixa extroversão) e complicações corporais, como a utlilização de produtos químicos e outros produtos na tentativa de melhorar a sua aparência. Algumas pessoas usam facas ou lâminas de barbear para retirar os “defeitos”, resultando muitas vezes em danos visíveis. Alguns indivíduos tornam-se tão aflitos que consideram ou tentam o suicídio, que varia de 17 a 33% entre essas pessoas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; SARWER; CRERAND; DIDIE, 2003).

De acordo com Phillips e cols. (2000), pacientes com Transtorno Dismórfico Corporal buscam com frequência por CPE. Veale (2000) verificou, em sua amostra de pacientes com TDC (n=25) que 60% destes já haviam sido submetidos a pelo menos um tipo de cirurgia estética. Em um outro estudo com 250 adultos diagnosticados com TDC, os pesquisadores verificaram que 75% dos pacientes já haviam procurado por tratamentos médicos não psiquiátricos, como procedimentos estéticos, sendo que 66% receberam-los. Além disso, os pacientes não se beneficiaram desses tratamentos; 72% dos procedimentos não resultaram em nenhuma mudança, e 16 % levaram ao agravamento dos sintomas da patologia (PHILLIPS e cols., 2001).

Estudos realizados nos EUA com pessoas que haviam se submetido a algum procedimento cirúrgico estético, demonstraram que de 5% a 15% dos participantes apresentavam TDC (PHILLIPS, 2002). No Brasil, 14% dos indivíduos que já passaram por algum tratamento estético apresentam o quadro patológico (CONRADO e cols., 2010). Embora os pacientes com TDC frequentemente acreditem que os procedimentos estéticos são as únicas intervenções viáveis para amenizar suas angústias relacionadas ao descontentamento com a IC, tais procedimentos raramente contribuem para a solução dos problemas psicológicos decorrentes da patologia. A investigação conduzida por Phillips e cols. (2001) demosntrou que apenas 7,3% de todos os tratamentos não-psiquiátricos resultou na melhora dos sintomas do TDC. Pavan e cols. (2008) apontam que o melhor tratamento para indivíduos com este quadro patológico deve ser através de medicamentos de recaptação de serotonina e terapia cognitiva comportamental.

Existe ainda a preocupação de que os pacientes com TDC podem prosseguir com ação judicial ou tornarem-se violentos com seus cirurgiões. Apesar disso, apenas 30% dos profissionais acreditam que pacientes com a doença devam ser contra-indicados para a realização cirúrgica (SARWER, 2002).

Em relação ao critério C ("A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental"), verificou-se que em todas as avaliadas, de ambos os grupos, a preocupação pareceu ser restrita à aparência. Contudo, ressalta-se a necessidade de uma avaliação mais criteriosa (por um profissional psicólogo/psiquiatra) para julgar esta categoria, considerando ainda que, a triagem do EAT-26 apontou que, especialmente para o G1, 33,33% (n=20) das avaliadas apresentou risco para TA. É importante pontuar ainda que preocupações com o peso podem ocorrer em ambos os ditúrbios e, por isso, os trantornos alimentares e o Transtorno Dismórfico Corporal podem ser comórbidos, sendo que, neste caso, ambos devem ser diagosticados por um especialista (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os resultados obtidos no presente estudo quanto à presença de traços de TDC vão ao encontro dos achados de Sarwer (1998) e Coelho (2013), que encontraram baixa prevalência de TDC segundo os critérios dispostos no BDDE em pacientes de CPE. Sarwer, Crerand e Magee (2011) discutem que uma minoria de pacientes de cirurgia plástica desenvolve insatisfação com o corpo a ponto de desenvolver o TDC, o que vai de encontro com a literatura que aponta para uma prevalência de 3 a 16% de TDC em pacientes que buscam a CPE (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; CONRRADO, 2009). Entretanto, outros estudos contradizem estes achados, onde encontraram prevalências mais altas na triagem do TDC, com a aplicação do BDDE (DE BRITO e cols., 2016; MULKENS e cols., 2012).

Embora a prevalência geral de TDC na população de CPE pareça ser pequena, deve ser considerada importante já que os estudos sugerem que pessoas com o transtorno não se beneficiam de tratamentos estéticos e muitas vezes podem experimentar uma exacerbação da sintomatologia no pós-operatório (SARWER; CRERAND, 2008). A maioria dos pacientes relata insatisfação com os resultados, sendo que em alguns casos os tratamentos cosméticos podem ainda agravar a preocupação com a aparência física ou direcionar a preocupação para outra parte física (DE BRITO e cols., 2013). Além disso, existem evidências de que estes indivíduos podem ameaçar ou entrar com ações judiciais contra o cirurgião e sua equipe. Isso ressalta a importância dos profissionais da saúde que atuam nesta área identificarem as características da doença e fornecer referências de saúde mental apropriadas (SARWER; CRERAND, 2008). É importante considerar que no presente estudo, o acompanhamento psicológico/psiquiátrico era realizado por apenas 16,7% (n=10) e 10% (n=06) das mulheres do G1 e G2, respectivamente; e que 10% (n=06) das avaliadas de ambos os grupos faziam uso de ansiolítico ou antidepressivo sendo os mais citados a sertralina, rivotril e o citalopran.

Em relação à classificação das atitudes alimentares de risco para o desenvolvimento de TA, observou-se que a maioria das avaliadas, de ambos os grupos, não apresentou risco (G1: 40,

66,67; G2: n=47; 78,33%) (p=0,33), sendo que não foram encontradas associações entre as classificações obtidas pelo EAT-26 e as demais variáveis sociodemográficas e econômicas analisadas (p>0,05).

Refutando nossa hipótese, não foram verificadas diferenças entre G1 e G2 em relação às atitudes alimentares; entretanto, uma parcela considerável das participantes do G1 (n=20; 33,33%) apresentou risco para desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosas.

A relação entre atitudes alimentares e insatisfação com a imagem corporal já é bem discutida na literatura (ALVARENGA; KORITAR, 2015; PINHEIRO; JIMÉNEZ, 2010; JÁVO e cols., 2012; SCHOMER; KACHANI, 2010). Contudo, a relação entre transtornos alimentares e interesse por cirurgias estéticas ainda é pouco invetigada.

Estudos em diferentes populações têm utilizado o EAT-26 para avaliar o risco para desenvolvimento de TA. Estudo conduzido por Alvarenga, Scagliusi e Philippi (2011), investigou o risco para TA (ETA-26) em 2.483 universitárias (enfermagem, psicologia, farmácia, fisioterapia, biomedicina, fonoaudiologia) com idade superior a 18 anos em instituições do ensino superior das cinco regiões do Brasil. Os dados revelaram que a frequência de risco para transtornos alimentares variou de 23,7% a 30,1% nas cinco regiões e não houve diferença na pontuação média do EAT-26 e na proporção de escores positivos para atitudes de risco entre as regiões. Estes achados estão de acordo com as prevalências encontradas em outros estudos que aplicaram o instrumento (FORTES; FILGUEIRAS; FERREIRA, 2014; MAGALHAES; MENDONÇA, 2005; NUNES e cols., 2005)

No contexto da CPE, Saariniemi e cols. (2015) avaliaram na Finlândia o risco para desenvolvimento de TA (*Eating Disorder Inventory* – EDI: Garner; Olmstead; Polivy, 1983) em 36 mulheres (44±10,0 anos) selecionadas para a lipoaspiração. Os pesquisadores observaram valores superiores aos encontrados no presente estudo, em que 53% (n=19) das avaliadas apresentaram risco para TA. Estudos com amostras clínicas têm apontado para o interesse e realização de CPE, especialmente a mastoplastia de aumento, lipoaspiração e abdominoplastia, em pacientes com anorexia e bulimia nervosa (CORDÁS, 2005; COUGHLIN e cols., 2012; JÁVO e cols., 2012; SCHOMER; KACHANI, 2010; VON SOEST; KVALEM; WICHSTROM, 2011); a prótese de mama tem sido mais buscada por pacientes com baixo peso e gordura corporal, em decorrência do reduzido tamanho dos seios e como forma de não perderem sua feminilidade, enquanto a lipoaspiração e abdominoplastia têm sido desejadas com o objetivo de reduzir o peso e tamanho corporais (SARWER, 2002).

Diante do exposto, a realização de uma triagem para a avaliação de problemas realcionados a IC e a atitudes e comportamentos de risco para transtornos alimentares em mulheres que

buscam a CPE é essencial para a seleção de candidatas à cirurgia, já que a insatisfação corporal, os transtornos alimentares e elevados índices de massa corporal (IMC) são preditores significativos para a tomada de decisão de realizar a cirurgia plástica estética (SWAMI e cols., 2009). Diante disso, é fundamental identificar as estratégias adotadas pelo paciente para atingir o corpo ideal, além da própria realização cirúrgica, como a adoção de dietas restritivas, medicamentos para perda de peso, realização de métodos compensatórios como a indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, práticas excessivas de exercícios físicos, entre outras, devem fazer parte da rotina de avaliação de triagem para seleção de uma paciente à CPE (SWAMI e cols., 2009), como o objetivo de prevenir danos à saúde mental e física desta população.

5.2. DISCUSSÃO ESTUDO 2

5.2. Discussão Estudo 2

O presente estudo investigou a imagem corporal, as atitudes alimentares e o estado nutricional de mulheres antes e após a realização de cirurgia plástica estética (abdominoplastia, lipoaspiração e mastoplastia de aumento).

A escolha do sexo feminino para este estudo se deu pelo fato de que as mulheres correspondem à maioria do público que realiza procedimentos cirúrgicos estéticos no Brasil (SBCP, 2016) e no mundo (ISAPS, 2016), fato atribuído à maior pressão sociocultural em mulheres quando comparadas aos homens para alcançar e incorporar ideais de atratividade física e sexual (CAMPANA; FERRERIA; TAVARES, 2011; CASH; SMOLAK, 2011; GARDNER; BROWN, 2010; SALEHAHMADI; RAFIE, 2012; SWAMI e cols., 2009). Salehahmadi e Rafine (2012) discutem ainda que a maior proporção do sexo feminino para a realização cirúrgica pode ser explicada pelo maior interesse, acesso e dependência das mulheres sobre a moda.

Dos procedimentos cirúrgicos realizados, a mastoplastia de aumento foi o de maior prevalência entre as entrevistadas, seguida por lipoaspiração e abdominoplastia. Campana, Ferreira e Tavares (2012) discutem que o perfil do brasileiro que procura por CPE é, prioritariamente, constituído por mulheres, que buscam mamas cada vez mais volumosas e uma retirada cada vez maior de gordura nas lipoaspirações.

Em relação à idade, as entrevistadas apresentavam faixa etária entre 20 a 59 anos, o que corresponde à maioria que realiza procedimentos cirúrgicos estéticos no Brasil (SBCP, 2014) e em outros contextos socioculturais (JAVÓ e cols., 2012; MOSS; HARRIS, 2009; RZEPA e cols., 2014; SHARP; TIGGEMAN; MATTISKE, 2014). Em relação ao estado civil, verificou-se que a maioria das avaliadas era solteira (40%) e casada (36,67%); estudos que avaliaram características sócio demográficas de candidatas à CPE corroboram com o presente estudo (AMARAL; FORTES; FERREIRA, 2011; SANTE; PASIAN, 2011) enquanto outros diferem apontando uma maior proporção de mulheres casadas em relação às solteiras (BRITO, 2011; CHEN e cols., 2010; SILVA; NAHAS; SOUSA, 2011; SALEHAHMADI; RAFINE, 2012). Diante destes dados, supõe-se que a população feminina casada e de meia-idade pode estar tão ansiosa quanto as mais jovens e solteiras em se submeter à cirurgia estética, a fim de parecer mais atraente e ganhar maior posição, valorização e apoio social de familiares, amigos e parceiros (ALGARS e cols., 2009; SALEHAHMADI; RAFINE, 2012; SILVA e cols., 2011). Algars e cols. (2009) discutem ainda que mulheres de meia-idade podem não estar preparadas

para aceitarem as mudanças no corpo nesta fase da vida, particularmente a partir de 45/50 anos, quando as alterações associadas ao processo de envelhecimento tornam-se mais evidentes, como por exemplo, as mudanças hormonais, redução no metabolismo e perda progressiva da massa muscular e força física.

As classes econômicas mais prevalentes foram a B (46,67%) e A (43,33%); verificou-se ainda que 50% das avaliadas cursaram o ensino superior completo enquanto outras 50% não haviam cursado. É importante considerar que esse resultado pode estar relacionado aos locais de realização da coleta de dados por se tratar de uma instituição pública e outra particular que atendem indivíduos de diferentes classes socioeconômicas e graus de escolaridade. Em uma amostra de 37 mulheres candidatas à lipoaspiração e mastoplastia adicional no ambulatório de Cirurgia Plástica e Reparadora do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto/SP, Sante e Pasian (2011) verificaram que 46% (n=17) das mulheres eram pertencentes à classe B enquanto outras 35% (n=13) e 19% (n=07) eram pertencentes às classes A e C, respectivamente. Além disso, a maioria (n=21; 56,8%) cursou o ensino superior completo. Segundo a SBCP (2016), a ascensão de algumas classes econômicas no Brasil e o acesso financeiro facilitado para quem deseja realizar os procedimentos cirúrgicos estéticos tem contribuído para o aumento do número de cirurgias realizadas no país.

No que se refere ao relato sobre satisfação com a aparência física, verificou-se que todas as participantes no período pré-cirúrgico referiram insatisfação, sendo que, destas, a maior parte (65%) relatou estar insatisfeita após a vida adulta. Além disso, quanto à expectativa em relação dos resultados cirúrgicos, 76,6% das avaliadas citaram que esperavam gostar de sua própria imagem no espelho após o procedimento.

Em relação à motivação para a decisão da realização do procedimento cirúrgico, os principais relatos das participantes foram por insatisfação geral e com partes específicas do corpo (93,33%) o que corrobora com achados da literatura que discutem a preocupação com a imagem corporal como principal fator motivador para a realização e aumento do número de cirurgias plásticas estéticas observadas atualmente (CHEN e cols., 2010; LUNDE, 2013; SARWER; CRERAND; MAGEE, 2011; SWAMI e cols., 2011).

Outros autores argumentam que, associada à busca pela melhoria da imagem corporal, outros fatores são motivadores para a busca de cirurgias estéticas, como o aumento da autoestima, a presença de sintomas de transtorno dismórfico corporal, histórico pessoal, educação, aspectos sócioculturais, influências da mídia, Índice de Massa Corporal, opinião de terceiros e amigos que já realizaram o procedimento e consequências do envelhecimento e

gestação (ALGARS e cols., 2009; COELHO; 2013; HAAS e cols., 2008; JAVÓ; SORLIE; 2010; LUNDE, 2013; SWAMI, 2009).

Observou-se ainda que, quando questionadas se a insatisfação com o corpo lhes causava (ou não) incômodo em aspectos da vida (emocional, sexual, social e profissional), e ainda se estes mesmos aspectos melhoraram após a cirurgia, verificou-se que, antes do procedimento, o aspecto mais mencionado foi o emocional (80%); em sequência os aspectos sexuais (48,3%), sociais (48,3%) e profissionais (26,7%). Após a cirurgia, verificou-se que as mulheres relataram melhorias em todos os aspectos, principalmente o emocional (95%).

Em entrevista qualitativa, Adams (2010) avaliou as motivações e satisfação com a cirurgia plástica em dez mulheres com idades entre 22 e 66 anos (±44 anos) que já haviam se submetido aos procedimentos (abdominoplastia, blefaroplastia, lipoaspiração, mastoplastia de aumento e redução, rinoplastia). As entrevistadas afirmaram que antes da cirurgia estavam insatisfeitas com a imagem corporal em geral, bem como com partes específicas do corpo. Além disso, referiram em seus relatos que a CPE poderia ser a solução adequada, não apenas para o seu problema físico, mas também para seus problemas emocionais, sociais e sexuais. Algumas narrativas em relação à motivação cirúrgica no período pré-operatório observados foram: “me sentia horrível”; “estava emocionalmente estressada”; “ser mais atrativa para os outros”, “me sentir mais atraente para o cônjuge”; “a melhor decisão que já tomei na minha vida, aumentou minha confiança e autoestima”. Diante disso, Adams (2010) discute que as motivações para se submeter a uma cirurgia podem ser atribuídas à aspectos físicos e psicossociais, com a expectativa de que as alterações físicas irão contribuir para mudanças emocionais e/ou sociais positivas. Além disso, os resultados da avaliação dos entrevistados foram semelhantes, independentemente do tipo de cirurgia realizada, em que expressaram não somente as suas avaliações em relação às mudanças estéticas de seus corpos, mas também como essas mudanças os fizeram sentir sobre si mesmos e suas relações com os outros após a cirurgia (ADAMS, 2010).

Achados semelhantes também foram observados no estudo de Darisi, Thorne e Iacobelli (2005), onde os benefícios físicos, emocionais (felicidade, auto estima e autoconfiança) e sociais (incluindo ser mais aceito e mais atraente para os outros), foram considerados como motivadores para a realização cirúrgica.

Os dados antropométricos mostraram que o IMC (kg/m^2) médio das mulheres avaliadas foi de 24,84 kg/m^2 (±4,22 kg/m^2) e 24,65 kg/m^2 (±4,09 kg/m^2) nos períodos pré e pós-operatório respectivamente. Em relação à classificação do EN (OMS, 2000), a maioria das participantes

apresentou eutrofia nos períodos pré (n=33; 55%) e pós cirúrgico (n=35; 58,3%). Ressalta-se ainda que parcela considerável apresentou IMC acima da faixa de normalidade antes (n=26; 43,3%) a após a cirurgia (n=23; 38,3%) (p=0,08). Além disso, uma paciente (candidata à mastoplastia) foi classificada com desnutrição.

A média do percentual de Gordura Corporal (GC) foi de 30,59% (±6,24) antes da CPE e de 29,34% (±6,03) após o procedimento cirúrgico. A classificação do estado nutricional, segundo Lohman, 1992, apontou que grande parte foi classificada com obesidade e percentual de gordura acima da média nos períodos pré (56,6%; 36,6%) e pós-operatório (48,3%; 40%) (p=0,15). Diante destes resultados, observou-se que, embora verificada maior prevalência de mulheres eutróficas no presente estudo, grande parte destas apresentaram excesso de gordura corporal antes (n=30; 90,9%) e após (n=29; 82,8%) a cirurgia (p<0,01).

A média de IMC verificada no presente estudo é semelhante às observadas em candidatas à CPE (COELHO e cols., 2015; CORIDDI e cols., 2013; GIULIANI e cols., 2013; OLIVEIRA e cols., 2013; SANTE; PASIAN, 2011), mas difere do estudo de Saariniemi e cols. (2015) que observaram média de 26,1 kg/m^2 sete meses após a lipoaspiração.

Sante e Pasian (2011) avaliaram o estado nutricional de 37 brasileiras candidatas à lipoaspiração e mastoplastia de aumento; verificou-se que 8,1% (n=03) estavam abaixo do peso, 75% (n=28) estavam eutróficas e 16,2% (n=06) apresentaram IMC superior ao adequado.

No estudo de Coelho e cols. (2015), foi analisado o IMC de 80 brasileiras após a CPE (abdominoplastia, lipoaspiração e mastoplastia de aumento) divididas em dois grupos (G1: realização de uma cirurgia; G2: realização de mais de um procedimento); o G1 apresentou média de IMC de 22,93 kg/m^2 (±3,35; mínimo:18,36; máximo: 32,20) enquanto o G2 apresentou médias entre 24,15 kg/m^2 (±2,50; mínimo:19,63; máximo: 29,30).

Giuliani e cols. (2013) avaliaram o IMC de 41 participantes (40 mulheres) antes e após a abdominoplastia (mínimo de um mês e máximo de 67 meses). Observou-se que no pré-operatório o IMC variou de 19 kg/m² a 27 kg/m² (média: 22,72 kg/m²). Após a cirurgia, o IMC variou de 19 kg/m² a 29 kg/m² (média: 23,97 kg/m²). A oscilação de peso variou de -7 kg (perda de peso) a +17 kg, com média de ganho de 3,18 kg. Verificou-se ainda que quanto maior o tempo de cirurgia maior foi o ganho de peso.

O excesso de peso tem sido associado a complicações e ao aumento de custos em operações cirúrgicas estéticas (GUPTA e cols., 2016; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003; NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016); no entanto, estudos sobre o tema ainda são escassos.

Gupta e cols. (2016) realizaram um estudo prospectivo, com os seguintes objetivos: avaliar a prevalência do IMC ≥ 25 kg/m² em pacientes submetidos à CPE; avaliar o IMC e fatores de risco para complicações após cirurgia plástica estética; comparar a incidência e os tipos de complicações em pacientes com IMC ≥ 25 e aqueles com IMC < 25, e identificar procedimentos estéticos específicos em que o IMC ≥ 25 aumenta significativamente o risco de complicações.

Para a caracterização dos pacientes foi usado um programa com banco de dados multicêntrico certificado por cirurgiões plásticos e pela Sociedade Americana de Cirurgia Plástica Estética. As complicações (hematoma, infecções, seroma, disfunção pulmonar, tromboembolismo venoso (TEV), infarto agudo do miocárdio, fístulas entre outras) foram definidas com ocorrência de até 30 dias após a cirurgia e que requeriam internação hospitalar ou reoperação. Foram também coletadas informações sobre dados sociodemográficos, IMC, tipo de cirurgia realizada e condições clínicas (tabagismo, diabetes *mellitus* (DM)). Quanto aos procedimentos estéticos foram divididos em três grupos: face; mastoplastia (aumento, redução), e de contorno corporal (ex.: abdominoplastia, lipoaspiração, aumento de glúteos) (GUPTA e cols., 2016).

Foram coletadas informações de 127,961 mil pacientes (93,5% eram mulheres) com média de idade de 40,9 anos (±13,9); o IMC médio era de 24,36 kg/m^2 (± 4,6; variação: 17,0-56,3 kg/m^2); os autores verificaram que 81,636 mil indivíduos apresentavam IMC<25 kg/m^2 enquanto outros 46,325 mil possuiam IMC ≥ 25 kg/m^2 (distribuição do IMC: <18,5 kg/m^2: 4%; 18,5 a 24,9 kg/m^2: 59,8%; 25-29,9 kg/m^2: 25,1%; 30-39,9 kg/m^2: 10,4% e ≥ 40 kg/m^2: 0,7%). Em relação às complicações notificadas em até 30 dias após o procedimento, observou-se que as mesmas ocorreram em 1,203 mil pacientes com IMC<25 kg/m^2 e em outros 1,291 mil indivíduos com IMC igual ou superior à 25 kg/m^2 (GUPTA e cols., 2016).

Variáveis como idade, sexo, tabagismo, DM e procedimentos cirúrgicos foram comparadas entre os grupos: IMC ≥ 25 kg/m^2 e < que 25 kg/m^2 <. Os pacientes com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m^2) apresentavam média de idade de 43,9 anos (±13,8) e IMC médio de 29,1 kg/m^2 (± 3,9) (variação de 25,0-56,3 kg/m^2). Este grupo era composto por mais diabéticos e individuos mais velhos (≥40 anos) quando comparados aos pacientes com IMC adequado (p <0,01). Contudo, havia menos fumantes no grupo com excesso de peso (p<0,01) (GUPTA e cols., 2016).

Em relação à distribuição das cirurgias estéticas, verificou-se que a realização de procedimentos combinados foram mais frequentes em pacientes com excesso de peso; além disso, estes indivíduos se submeteram a mais procedimentos corporais e a um número inferior

de mastoplastia quando comparados aqueles com IMC <25 kg/m^2 (p<0,01). Além disso, os procedimentos individuais mais comuns entre pacientes com excesso de peso foram a lipoaspiração (23,5%) e a abdominoplastia (19,3%), em contraste com pacientes com o peso adequado os quais realizaram um maior número de mastoplastias (61,7%) (GUPTA e cols., 2016).

Entre os pacientes notificados com complicações (n=2.494; 1,95 %) verificou-se que todas eram graves, sendo que 114 indivíduos desenvolveram múltiplas complicações. Verificou-se ainda que os pacientes com excesso de peso apresentaram maior incidência de complicações em relação ao grupo com o peso adequado. Na análise univariada verificou-se que, a infecção (0,80% vs 0,28%, p<0,01), a complicação pulmonar (0,19% vs 0,09%, p < 0,01), a sobrecarga de líquidos (0,09 % vs 0,04%, p< 0,01), a hipotensão (0,08 % vs 0,0 3, p < 0,01) e a suspeita TEV (0,26 % vs 0,12%, p<0,01) ou TEV confirmado (0,17% vs 0,04%, p<0,01) foram significativamente maiores nos pacientes com excesso de peso; já a taxa de hematoma foi semelhante entre os grupos (0,95% vs 0,90 % , p = 0,43). Além disso, observou-se que as taxas de complicações foram maiores nos indivíduos classificados com obesidade graus I, II (IMC: 30,0-39,9 kg/m^2) e III (IMC ≥ 40 kg/m^2) (GUPTA e cols., 2016).

Quando realizada a associação entre IMC, complicações e procedimento estéticos realizados em diferentes regiões corporais (mama, corpo, rosto, ou qualquer combinação das regiões), observou-se que os pacientes com excesso de peso apresentaram complicações significativamente mais altas quando realizadas cirurgias corporais (p<0,01), de mama (p=0,01) e, em casos de combinação de cirurgias, nestas duas regiões corporais (p=0,001). Já em relação a outras partes do corpo, embora os pacientes com excesso de peso tivessem sofrido mais complicações, a diferença não foi significativa em relação ao grupo com peso adequado (GUPTA e cols., 2016).

Verificou-se ainda que os pacientes com excesso de peso sofreram taxas de complicações maiores na abdominoplastia (p=0,01), lipoaspiração (p=0,04) e combinação abdominoplastia-lipoaspiração (p=0,01). Não se observou relação entre o procedimento específico de mama (aumento/redução) e o IMC; contudo, pacientes com sobrepeso que realizaram mastoplastia associada a abdominoplastia e lipoaspiração apresentaram maiores complicações (6,0% vs 3,0%, p=0,02) (GUPTA e cols., 2016).

Em relação ao IMC e DM, realizou-se uma análise por categorias de IMC – eutrofia (IMC <25 kg/m^2, sobrepeso (IMC: 25-29,9 kg/m^2) e obesidade (IMC≥ 30 kg/m^2); sendo verificada associação significativa entre diabetes e complicações apenas para os pacientes classificados

com obesidade (p<0,01) em relação às infecções (p<0,01) e às complicações pulmonares (p=0,02); ressalta-se que o DM e a obesidade muitas vezes coexistem, e podem exercer um efeito sinérgico sobre complicações (GUPTA e cols., 2016).

Verificou-se ainda, pela análise de regressão logística multivariada, que o IMC foi considerado como um fator de risco para complicações cirúrgicas, independente da idade, tabagismo, DM, sexo e tipo de procedimentos. Observou-se ainda que o IMC $\geq$ 30 kg/m^2 aumentou o risco para qualquer complicação, especialmente para infecções e TEV (GUPTA e cols., 2016).

Segundo Gupta e cols. (2016), a prevalência de pacientes com excesso de peso submetidos à cirurgia estética é menor do que a prevalência nacional, provavelmente pelos cirurgiões serem cuidadosos com a triagem destes pacientes. Ressalta-se que indivíduos com o estado nutricional inadequado não são indicados para a realização cirúrgica (BRASIL, 2003; NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016) uma vez que podem ocorrer complicações e os resultados podem não ser os esperados. O sucesso e a segurança dos resultados cirúrgicos dependem principalmente do estado de saúde do indivíduo e estilo de vida associados especialmente aos hábitos alimentares e prática de exercícios físicos (SEBROECK; SUZUKI; 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016).

No estudo de Gupta e cols. (2016), verificou-se que o IMC é um fator de risco independente relacionado a complicações após a CPE. Sabe-se que indivíduos obesos são mais propensos a complicações e os mecanismos pelos quais a obesidade afeta a morbidade e mortalidade cirúrgica não são totalmente esclarecidos. Estudos têm mostrado que a perda de peso contribui para a melhoria de comorbidades associadas à obesidade, como o diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial sistêmica, a doença arterial coronariana e apneia obstrutiva do sono (COSTA e cols., 2014).

Embora os efeitos sistêmicos da obesidade ainda não sejam bem compreendidos, as complicações de feridas em pacientes obesos têm sido bem documentados (GUPTA e cols., 2016). Estudos realizados com pacientes submetidos à mastoplastia e abdominoplastia mostraram taxas mais elevadas de deiscência de ferida e seroma (excesso de líquido retido próximo à cicatriz cirúrgica causando inflamação) em pacientes obesos (NEAMAN; HANSEN, 2007; NELSON e cols., 2014).

A obesidade é caracterizada como uma patologia de grande potencial pró-inflamatório, o que contribui para a suscetibilidade a lesões em momentos de estresse, tais como uma cirurgia

eletiva ou trauma. O processo crônico inflamatório decorrente do excesso de células adiposas leva à liberação de mediadores inflamatórios como as citocinas, fator alfa de necrose tumoral e interleucinas que podem desencadear e/ou agravar desordens estéticas. Além disso, o estado inflamatório induz a resistência à insulina e, como um ciclo, atua na liberação de mais mediadores inflamatórios. Esses problemas parecem estar associados ao comprometimento na vascularização, ao estresse oxidativo e à deficiência de nutrientes para reparação tecidual consequentes do excesso de peso (AZEVEDO; PUJOL, 2011; GUPTA e cols., 2016).

No estudo de Gupta e cols. (2016), verificou-se taxas mais elevadas de complicações após a cirurgia, especialemente de infecção, tromboembolismo venoso, complicações respitarórias e hipotensão em pacientes obesos e obesos graves quando comparados aos pacientes com o peso dentro da faixa de normalidade.

A infecção se relaciona à má cicatrização, sendo que a associação entre obesidade e infecções também foi demonstrada em outros estudos que avaliaram pacientes submetidos à mastoplastia e abdominoplastia (CHEN e cols., 2011; MANAHAN e cols., 2015; NEAMAN; HANSEN, 2007). Além disso, doenças associadas, como o DM, podem interferir no processo de cicatrização, decorrente da utilização inadequada de glicose, enquanto a hipertensão pode interferir no equilíbrio hidroeletrolítico e contribuir para a maior ocorrência de edema (SEBROECK; SUZUKI; 2013).

A relação entre obesidade e TEV já é cohecida na literatura (GUPTA e cols., 2016; PAIVA e cols., 2010). A trombose venosa profunda (TVP) e o seu desfecho imediato mais grave, o tromboembolismo pulmonar (TEP), caracterizam o TEV que possui como tríade etiológica a estase venosa, lesão endotelial e a hipercoagulabilidade (PAIVA e cols., 2010; VAZ, DUARTE; PAULINO, 2012). A obesidade é considerada fator de risco para a TVP possivelmente pela dificuldade de mobilização do indivíduo obeso e a uma diminuição da atividade fibrinolítica. A obesidade é conhecida como um dos fatores responsáveis pela redução da fibrinólise (processo de destruição de um coágulo), em decorrência da concentração no plasma do inibidor do ativador do plasminogênio (PAI-1), que é um inibidor endógeno da fibrinólise (BRASILEIRO; MOURA; SANTOS, 2003).

Segundo Vaz, Duarte e Paulino (2012), os procedimentos cirúrgicos, por si só, acarretam um estado pró-trombótico que pode ainda ser agravado por outros fatores de risco associados ao indivíduo como, por exemplo, o excesso de peso (GUPTA e cols., 2016). De acordo com dados da American Society of Plastic Surgeons (ASPS), a TVP acomete 18.000 casos/ano em pacientes submetidos à cirurgia plástica, o que pode estar associado ao aumento do número de

procedimentos cirúrgicos realizados atualmente, além da maior frequência da realização de cirurgias combinadas, o que aumenta a possibilidade de complicações (PAIVA e cols., 2010). Existem diretrizes universais para a profilaxia adequada da trombose venosa profunda, sendo a obesidade considerada como um fator para a prevenção desta complicação (GUPTA e al., 2016; PAIVA e cols., 2010; VAZ, DUARTE; PAULINO, 2012).

Entre as complicações respiratórias observadas em pacientes com excesso de peso, as quais provavelmente são de origem multifatorial, a síndrome da apneia obstrutiva do sono foi a de maior prevalência nos pacientes obesos estudados por Gupta e cols. (2016). Esta morbidade caracteriza-se pelo colapso transitório da faringe, o que impede o fluxo de ar entre o ambiente e os pulmões, o que contribui para a redução da oxigenação do organismo e fragmentação do sono. Esta patologia pode afetar até 80% dos indivíduos obesos em decorrência do acúmulo de gordura na região cervical (DALTRO e cols., 2006). Pacientes com excesso de peso portadores da doença, podem apresentar dificuldade respiratória durante ou após a CPE, o que contribui para a ocorrências de complicações graves (GUPTA e cols., 2016).

A hipotensão também verificada com maior incidência nos pacientes com excesso de peso pode ser explicada pela prevalência do número de abdominoplastia e lipoaspiração realizadas por estes pacientes. A ocorrência dessa complicação pode estar associada à perda de líquidos e fluidos nas cirurgias estéticas realizadas as quais, em comparação a outros procedimentos cirúrgicos estéticos, acarretam maiores perdas de volume durante a cirurgia (GUPTA e cols., 2016).

É relevante considerar que a maioria das mulheres avaliadas no presente estudo apresentaram percentuais elevados de gordura corporal, independente do IMC. Sabe-se que a distribuição de gordura corporal é variável entre corpos femininos em função da faixa etária, etnia, genética familiar, alimentação, prática de exercício físico e dinâmica hormonal. Além disso, a gordura localizada em determinadas regiões possui forte correlação com as formas do corpo, o que é mais perceptível no indivíduo com excesso de peso, mas que também é possível se observar em eutróficos (SEBROEC; SUZUKI, 2013). Ressalta-se que o aumento do percentual de gordura corporal, especialmente na região abdominal está associado ao risco de doenças cardiovasculares, dislipidemias e alterações da pressão arterial (REZENDE e cols., 2010) o que pode contribuir para a ocorrência de complicações cirúrgicas (GUPTA e cols., 2016).

Não foram encontrados estudos que avaliaram a porcentagem de gordura corporal em mulheres submetidas à CPE. No Brasil, Garcia (2016) [1] conduz seu estudo de mestrado no Laboratório de Nutrição e Comportamento da FFCLRP/USP, com a avaliação da composição corporal em 20 candidatas à CPE (abdominoplastia, lipoaspiração e mastoplastia de aumento) avaliadas no mesmo serviço particular de cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP em que foram coletados os dados da presente pesquisa. Os dados parciais mostraram que seis pacientes foram classificadas com eutrofia (30%), sendo que, destas, apenas uma (16,6%) apresentou percentual de gordura na média, enquanto as demais apresentaram altos percentuais de GC.

Verificou-se ainda no presente estudo que a maioria das avaliadas não realizava acompanhamento nutricional nos períodos pré (n=52; 86,7%) e pós cirúrgicos (n=51; 85%). Além disso, segundo os relatos das participantes que não recebiam orientação profissional, as dietas mais realizadas eram do tipo restritiva (restrição de alimentos ou nutriente específico, especialmente o carboidrato), uso de *shakes herbalife* e dieta *Dukan* (dieta hiperproteica).

De acordo com Sebroeck e Suzuki (2013), a nutrição atua como terapia coadjuvante em CPE, uma vez que a harmonia orgânica é determinante para a evolução dos procedimentos cirúrgicos, bem como de seus resultados. Portanto, a realização de uma anamnese nutricional adequada, por meio da coleta de dados (físicos, bioquímicos, clínicos e dietéticos) para o diagnóstico do estado nutricional, é o ponto inicial para o aconselhamento nutricional em estética. No período pré-operatório, a avaliação da composição corporal, análise dos sinais e sintomas de carências nutricionais do paciente são essenciais para o preparo cirúrgico e prevenção de possíveis complicações; após a cirurgia, a adequação do consumo de macro e micronutrientes são importantes para a resistência do sistema imunológico e a recuperação e cicatrização tecidual (SUZUKI e cols., 2013). Pujol (2011) ainda afirma que o estado nutricional atua diretamente na reparação tecidual e que a desnutrição está diretamente relacionada a cicatrização inadequada por redução da síntese de colágeno e menor capacidade de remodelação tecidual.

Como já descrito anteriormente, no período pré-cirúrgico todas as avaliadas do presente estudo relataram estar insatisfeitas com a aparência física. Os dados da análise obtida pela aplicação da Escala de Figuras de Silhuetas apontaram que antes da CPE, a maior parte das entrevistadas estava insatisfeita com o tamanho corporal e se percebia maior do que realmente

---

[1] GARCIA, A.F.E. **Imagem Corporal e Estado Nutricional: Um Estudo de Observação em Mulheres no Período Pré-Operatório de Cirurgia Plástica Estética.** 2016. Dissertação de Mestrado em Andamento - Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

era; após o procedimento, verificou-se uma maior acurácia (OR: 2,88; IC 95%: 1,23-6,73; p<0,01) e satisfação (OR: 10,66; IC 95%: 3,22-35,28; p<0,01) com o tamanho corporal quando comparadas ao período pré cirúrgico, independentemente do número de cirurgias realizadas (p>0,05).

As análises do BDDE também revelaram uma maior prevalência de satisfação com a aparência física após a CPE em relação ao período pré cirúrgico (OR: 7,72; IC 95%: 2,76-21,58; p<0,01), independentemente do número de procedimentos (p>0,05). Não houve associação entre a avaliação da satisfação corporal obtida pela EFS e BDDE, provavelmente porque os instrumentos medem diferentes componentes da IC. O primeiro avalia a satisfação com o tamanho corporal (componentes: percepção e satisfação) (KAKESHITA e cols., 2009), enquanto o segundo, a satisfação com a aparência física geral (componentes: cognitivos, comportamentais, afetivos, satisfação) (ROSEN; REITER, 1996).

Sarwer e cols. (2008) em seu estudo com 100 americanos (98 mulheres; 02 homens), avaliaram a imagem corporal (avaliação e orientação para a aparência; satisfação com áreas do copro; preocupação com o peso; ansiedade em relação à gordura corporal - Multidimensional *Body-Self Relations Questionnaire–Appearance Scales* - MBSRQ-AS: Brown; Cash e Mikulka, 1990); *Body Dysmorphic Disorder Examination* – BDDE: Rosen e Reiter, 1996); *Situational Inventory of Body Image Dysphoria–Short Form* - SIBID-S: Cash, 2002), sintomas de depressão (*The Beck Depression Inventory* – BDI: Beck; Steer e Brown, 1996)), a auto-estima (*The Rosenberg Self-Esteem Scalem* – SER*:* Rosenberg, 1979), e a qualidade de vida em relação à imagem corporal (*Quality of Life Inventory* – BIQLI: Cash e Fleming, 2002), antes e após (três, seis, 12 e 24 meses) a CPE.

Dos pacientes avaliados, 72 completaram a avaliação três meses após a cirurgia; 67 completaram após seis meses; 64 após 12 meses, e 65 após 24 meses. Além disso, 52 indivíduos foram submetidos à um único procedimento cirúrgico, 19 foram à dois procedimentos, e apenas um paciente realizou três cirurgias estéticas. O procedimento mais comum foi a mastoplastia de aumento, seguida por blefaroplastia, lipoaspiração, ritidoplastia e rinoplastia (SARWER e cols., 2008).

Os resultados apontaram que os pacientes apresentaram melhorias significativas em suas classificações em relação à aparência global após a cirurgia (p<0,004), sendo que estas foram mais evidentes 3 meses após a cirurgia (p< 0,002) e foram mantidas 6, 12, e 24 meses após a cirurgia. Também se verificou melhorias semelhantes na auto avaliação da atratividade em relação às características específicas alteradas (p<0,001). Os dados obtidos pelo MBSRQ-AS

também revelaram melhorias significativas na avaliação da aparência (p<0,001) e satisfação com áreas do corpo (p<0,004), sendo evidentes após três, seis,12 e 24 meses após a cirurgia em relação ao período pré-operatório; não verificou-se diferença em relação à pontuação da subescalas de orientação para a aparência e de preocupação com o excesso de peso sugerindo que não houve modificação no grau de investimento com a aparência e para os sintomas de ansiedade em relação à gordura corporal, vigilância do peso e realização de dietas após a cirurgia (SARWER e cols., 2008).

Sarwer e cols. (2008) observaram ainda que os pacientes apresentaram reduções significativas em relação ao grau de insatisfação com a aparência (BDDE), em todos os meses avaliados em relação ao período pré-operatório (média pré-operatório: 47,56; médias pós-operatório: três meses: 34,76; seis meses: 36,13; 12 meses: 28,41; 24 meses: 26,96; p<0,001). Estes dados corroboram com o presente estudo que avaliou as pacientes antes e seis meses após o procedimento cirúrgico, onde verificamos redução significativa na média obtida pela avaliação do BDDE no perídodo pós-operatório (média: 24,45) em relação ao período anterior à cirurgia (média: 53,97) (p<0,01).

Os dados de Sarwer e cols. (2008) ainda mostraram reduções na frequência de emoções negativas sobre a sua aparência (SIBID-S) após a cirurgia (p= 0,005); sendo estas evidentes no terceiro mês e mantidas nos meses subsequentes. Da mesma forma, foi verificada melhoria na qualidade de vida em relação à imagem corporal (BIQLI). Os pacientes também apresentaram ainda melhorias da autoestima e diminuição dos sintomas de depressão após a cirurgia, no entanto, estas alterações não foram significativas em qualquer tempo da avaliação. Diante dos dados, os autores concluem que os pacientes apresentaram altos índices de satisfação e melhorias na imagem corporal nos primeiros três meses de cirurgia estética, e que estas melhorias foram mantidas durante os primeiros dois anos após o procedimento.

Os resultados do estudo descrito acima sugerem que a satisfação do paciente, as auto avaliações de atratividade e melhorias da imagem corporal ocorrem nos primeiros meses após a cirurgia e são mantidos em longo prazo após a cirurgia estética. Verificou-se que, dois anos após a cirurgia, a maioria dos participantes relataram que recomendariam a cirurgia para outras pessoas e que fariam outro procedimento. Verificou-se ainda que melhorias importantes no estado emocional relacionadas à aparência física foram mantidas em longo prazo. Os autores discutem ainda que, embora a literatura aponte que a cirurgia estética contribui para a melhoria da qualidade de vida, em seu estudo essa avaliação não foi estatisticamente significativa antes e após o procedimento. Segundo os pesquisadores, a qualidade de vida é um constructo

multidimensional que pode ser influenciado por uma série de fatores e, portanto, não pode não ser considerada apenas por uma mudança física na aparência. Além disso, melhorias na qualidade de vida podem estar estreitamente associadas a certos procedimentos estéticos, ou mesmo pelo pequeno tamanho da amostra avaliada (SAWER e cols., 2008).

Von Soest e cols. (2009) avaliaram a imagem corporal (avaliação e orientação para a aparência - *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire–Appearance Scales* - MBSRQ-AS), a autoestima (*Rosenberg's Self-Esteem Scale* - RSE) e a presença de problemas psicológicos em geral (*Hopkins Symptom Checklist* – SCL: Derogatis e cols., 1974) em 155 norueguesas (idade média: 37,1±11,0 anos) antes e aproximadamente seis meses após a CPE. As avaliadas ainda foram questionadas sobre a satisfação com os resultados cirúrgicos (em uma escala entre um e sete) e se realizariam outro procedimento. As cirurgias realizadas foram em ordem decrescente: mastoplastia de aumento e redução; lipoaspiração, abdominoplastia, beflaroplastia, e correção de cicatriz. Trinta mulheres foram submetidas a duas operações.

Os pesquisadores observaram um escore médio de satisfação com o resultado cirúrgico de 6,2, o que indicou que as avaliadas estavam satisfeitas com o resultado cirúrgico; além disso, 141 pacientes relataram que fariam outra cirurgia (VON SOEST e cols., 2009). Esses achados corroboram com o presente estudo no qual a maior parte das entrevistadas (n=56; 93,3%) referiu apresentar satisfação com o resultado cirúrgico, sendo verificado ainda que 93,3% (n=56) referiram que fariam outra cirurgia. Ressalta-se ainda que aquelas que citaram insatisfação com o resultado do procedimento (n=04) referiram que gostariam que fosse retirada uma maior quantidade de gordura do local (lipoaspiração).

Na pesquisa de Von Soest e cols. (2009), verificou-se ainda que a avaliação da aparência e autoestima melhoraram significativamente após a cirurgia ($p<0,001$; $p=0,02$); no entanto a orientação para a aparência e a avaliação de problemas psicológicos não mostrou nenhuma mudança para os períodos pré e pós cirúrgico. Observaram também que o efeito da cirurgia plástica sobre a imagem corporal e autoestima não foi influenciado pela idade da paciente ou intervalo de tempo após a cirurgia ($p<0,05$). Os autores dividiram ainda as participantes por tipo (mastoplastia de aumento e redução, lipoaspiração e abdominoplastia) e quantidade de cirurgias realizadas (uma ou mais) e observaram que não houve diferença estatística entre as variáveis avaliadas (avaliação e orientação para a aparência; autoestima; problemas psicológicos; satisfação com o resultado cirúrgico) e os tipos e quantidades de procedimentos antes e após a CPE (VON SOEST e cols., 2009). Estes dados estão de acordo com o presente

estudo em que não verificamos diferenças estatísticas entre satisfação com a imagem corporal e número de cirurgias realizadas.

Diante dos resultados, a pesquisa de Von Soest e cols. (2009) corrobora com a presente pesquisa já que os autores apontaram uma relação positiva entre a satisfação corporal e resultado cirúrgio independentemente do tipo e número de cirurgias realizadas; além disso, observaram melhorias importantes na autoestima e satisfação geral com a CPE o que indica que os efeitos esperados em relação à operação foram favoráveis.

De Brito e cols. (2010) avaliaram o impacto de abdominoplastia sobre a autoestima (Escala de Autoeatima de Rosenberg – EAR: Dini; Quaresma; Ferreira, 2004), a precocupação com a aparencia física (Questionário de Satisfação Corporal – BSQ: Di Pietro, 2002) e qualidade de vida (Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida em saúde - SF-36: Ciconelli e cols., 1999) em 40 brasileiras com idades entre 25 e 60 anos. As avaliações foram conduzidas um e seis meses após a abdominolpastia. Foram observadas diferenças significativas na função física, função emocional, e vitalidade em 1 mês após a cirurgia. Após seis meses verificou-se uma melhora significativa na imagem corporal, autoestima, e saúde mental.

Dowling e cols. (2013) realizaram um estudo na Austrália com 142 pacientes (131 mulheres; 11 homens; 39,8 anos ±10,9) antes e seis meses após a CPE. Assim como nos estudos descritos anteriormente, a pesquisa também inclui medidas para avaliação da imagem corporal (avaliação e orientação para a aparência, satisfação com áreas do corpo - *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire–Appearance Scales* - MBSRQ-AS), avaliação da autoestima (*Rosenberg Self-Esteem Scale*); avaliaram ainda a saúde mental (perturbação psiquiátrica - *The General Health Questionnaire* - GHQ-30: Goldberg e Williams, 1988; ansiedade e depressão - *The Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS: Zigmond e Snaith, 1983; preocupações dismórficas - *The Dysmorphic Concerns Questionnaire* - DCQ: Jorgensen e cols., 2001). Os pesquisadores também avaliaram no período pós-operatório quatro itens sobre satisfação, sendo estes: 1º Em uma escala de 1 a 10, você alcançou ou qual a probabilidade de alcançar os resultados cirurgicos esperados? 2º Em relação às suas expectativas, qual foi o resultado global em relação à cirurgia? (Melhor do que ou como esperado; Pior do que o esperado), 3º Em geral, você está satisfeito com o resultado desta cirurgia? (Satisfeito e Insatisfeito), e 4º Em relação à suas expectativas, qual foi a sua experiência de cirurgia quanto à recuperação cirúrgica? (Melhor do que ou como esperado; Pior que o esperado). A maioria dos participantes foi submetida à rinoplastia (28,2%) ou mastoplastia de aumento (23,9%); seguido por procedimentos faciais (12,7%), mastoplastia de redução (10,6%); procedimentos

corporais (lipoaspiração e abdominoplastia) (8,5%), enquanto uma proporção menor da amostra realizou vários procedimentos (16,2%) (DOWLING; JACKSON; HONIGMAN, 2013).

Os dados mostraram que houve uma melhoria significativa na avaliação da aparência, e satisfação com áreas do corpo, bem como dos sintomas de ansiedade e depressão e de preocupações dismórficas após a cirurgia, não sendo verificadas diferenças entre os períodos nas demais variáveis analisadas. Quanto aos resultados sobre alcançar os resultados cirúrgicos obteve-se média de 7,6±2,4. Verificou-se ainda que a maioria dos avaliados relatou que o resultado global da cirurgia foi melhor do que ou como esperado (80%); grande parte referiu que estava satisfeita com o resultado cirúrgico geral (83%) e sua experiência para a recuperação do procedimento era melhor do que ou como esperado (85%) (DOWLING; JACKSON; HONIGMAN, 2013).

Os pesquisadores ainda compararam os procedimentos de mastoplastia de aumento e rinoplastia em relação às variáveis analisadas; verificou-se que os pacientes que se submeteram ao aumento dos seios apresentaram uma melhor avaliação da aparência (MBSRQ) do que os pacientes que realizaram a rinoplastia ($p=0,01$); resposta satisfatórias em relação aos resultados cirúrgicos também foram mais verificadas no grupo submetido à mastoplastia ($p<0,05$) (DOWLING; JACKSON; HONIGMAN, 2013).

O estudo de Dowling, Jackson e Honigman (2013), mostrou que seis meses após a cirurgia se verificou altas taxas de satisfação em relação à imagem corporal (avaliação da aparência e de áreas do corpo), bem como para a saúde mental (ansiedade, depressão e preocupações dismórficas); contudo, diferente do estudo de Von Soest e cols. (2009) e De Brito e cols. (2010), não foram encontradas diferenças significativas para autoestima o que mostra a necessidade da realização de mais estudos para avaliação da autoestima nessa população. Os pesquisadores discutem ainda que a avaliação mais satisfatória observada na mastoplastia de aumento em comparação à rinoplastia, pode estar associado à melhorias na atratividade que envolve a feminilidade da mulher.

Em Milão, Mattei e cols. (2015), também conduziram um estudo de 85 pacientes (77 mulheres; 32,50±8,58 anos), submetidos aos seguintes procedimentos: rinoplastia (32,9%), mastoplastia (24,7% de aumento; 12,9% de redução), abdominoplastia (10,6%) e lipoaspiração (18,8%). A coleta de dados foi realizada antes e aproximadamentos doze meses após a CPE, sendo avaliados: imagem corporal (preocupações com o peso e imagem corporal; auto monitoramento compulsivo; anulação e despersonalização da IC - *Body Uneasiness Test* -BUT: Cuzzolaro e cols., 2006); bem/mal-estar relacionados às esferas emocional e afetiva (ansiedade,

depressão, positividade e bem-estar, autocontrole, estado geral de saúde e vitalidade - *Psychological General Well-Being Index* - PGWB-S: Grossi e cols., 2006), e ainda a existência de mal-estar clinicamente significativo em relação à imagem corporal (*Global Severity Index* – GSI: Pollice e cols., 2009).

Em geral, os pesquisadores concluíram que os solicitantes de cirurgia plástica estética são motivados à realizar o procedimento em função do desejo de melhorar partes do corpo que lhes causam mal-estar, independentemente do tipo de operação a que se submeteram; a satisfação após a cirurgia foi influenciada pela existência de mal-estar relativo à imagem corporal na fase pré-operatória, dependente de quão sério era (quanto maior o grau de mal-estar na fase pré-operatória, menor a satisfação pós-operatória). Argumentaram ainda que a operação tem um impacto positivo, tanto no estado de mal-estar ligado à esfera emocional e afetiva e desconforto relativo à imagem corporal, sendo que, neste último caso, a melhoria do desconforto depende do grau de insatisfação corporal (MATTEI e cols., 2015).

Pesquisa realizada por McCarthy e cols. (2012) avaliou 41 norte americanas (33,3 ±7,8 anos) antes e seis meses após a mastoplastia de aumento; as participantes responderam ao *Breast-Q Augmentation module* (PUSIC e cols., 2009), que avalia aspectos relacionados à satisfação com seios, satisfação com resultado global, bem-estar psicossocial e sexual. Os resultados apontaram que "a satisfação com seios" e o "bem-estar psicossocial e sexual" foram significativamente mais elevados em comparação com os níveis no período pré-operatório ($p<0,05$); além disso, estas pontuações observadas após a cirurgia foram associados a melhorias significativas na satisfação com seios. Em um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos, Alderman e cols. (2016) conduziram a aplicação do *Breast-Q Augmentation module* em 14,514 pacientes (média idade: 34 anos) antes e em um período de um e quatro anos após a mastoplastia de aumento. Assim como nos achados de McCarthy e cols. (2012), os pesquisadores verificaram que a satisfação com seios aumentou significativamente após a operação ($p <0,0001$), e que a melhoria se manteve após quatro anos ($p <0,0001$), sendo ainda associada a melhorias no bem-estar sexual e psicossocial em um ($p <0,0001$) e quatro anos após a cirurgia ($p <0,0001$). Resultados semelhantes também foram econtrados por Coriddi e cols. (2013) com a aplicação do *Breast-Q Augmentation module* em 155 (35,9±9,2 anos) americanas antes e dois meses após a mastoplastia de aumento. Os autores concluíram que o aumento dos seios pode exercer um impacto positivo sobre a satisfação de uma mulher em relação aos seus seios, bem como melhorias em seu bem-estar sexual e psicossocial.

Independente da metodologia empregada, os estudos que avaliaram pacientes submetidos à cirurgia plástica estética nos períodos pré e pós-cirúrgicos, especialmente mastoplastia de aumento, lipoaspiração e abdominoplastia, verificaram, assim como na presente pesquisa, melhorias significativas na percepção e satisfação da imagem corporal a curto e em longo prazo após o procedimento (DE BRITO e cols., 2010; CHEN e cols., 2010; DOWLING e cols. 2013; MCCARTHY e cols., 2012; SARWER e cols., 2008; VON SOEST e cols., 2009). Os estudos apontam também que a satisfação corporal e com o resultado cirúrgico é acompanhado por melhorias na autoestima, ansiedade, depressão e do bem-estar emocional, sexual e psicossocial (DE BRITO e cols., 2010; CHEN e cols., 2010; MCCARTHY e cols., 2012; VON SOEST e cols., 2009).

Sarwer e cols. (1998) propuseram um modelo teórico da relação entre a imagem corporal e cirurgia plástica. De acordo com este modelo, fatores físicos e psicológicos influenciam tanto a imagem corporal, bem como a decisão de procurar procedimentos estéticos. A realidade objetiva da aparência é o primeiro componente do modelo. A aparência física é uma parte importante da imagem corporal, pois é uma fonte primária de informação que os outros usam para guiar as interações sociais. Assim, ela desempenha um papel fundamental na determinação de crenças e comportamentos sobre o próprio corpo. Segundo De Brito e cols. (2010) ao mudar o aspecto físico, a cirurgia plástica provoca transformações psíquicas e, por isso, é considerada uma intervenção psicológica, e que a sua implicação não é apenas estética; é, sobretudo, psicossocial, uma vez que pode contribuir para um bem-estar individual e social. Outros autores afirmam ainda que a CPE é a "cirurgia da imagem corporal", uma vez que a imagem é o centro da investigação. Assim, para se entender os aspectos psicológicos dos pacientes que procuram a cirurgia plástica, a imagem corporal possui um papel fundamental (CASH, 2004; SARWER; CRERAND, 2004). De acordo com Pitanguy (1992), a CPE tem como função obter um equilíbrio entre o corpo e o psiquismo, que permitirá ao indivíduo uma reestruturação e um reencontro consigo mesmo, de modo a se sentir em harmonia com sua própria imagem e com o ambiente que o cerca.

Além da satisfação com a aparência física, avaliamos ainda no presente estudo os critérios para diagnóstico de TDC descritos no BDDE antes e após o procedimento cirúrgico. Em relação à categoria de resposta de número 2 ("Defeito físico observável") pertencente ao Critério A, descreve a maioria dos indivíduos que procuram a cirurgia plástica, ou seja, é a classificação de uma característica, tida como normal, ou uma falha sobrevalorizada, que é subjetiva, tanto para o paciente como para os cirurgiões. Em relação a esta categoria de resposta, verificou-se

que em 100% das avaliadas o problema de aparência informado era observável, contudo não era raro ou anormal (p.ex.: gordura localizada na região abdominal). Segundo Cash (2002), existe uma correlação positiva entre a insatisfação corporal e o interesse em se submeter à cirurgia plástica estética, sendo a preocupação excessiva com o tamanho, forma e medidas corpóreas a principal motivação para a realização cirúrgica. Além disso, observa-se nessas pessoas um maior investimento na aparência, maior internalização de mensagens da mídia, culto ao corpo de celebridades, maior valorização de bens materiais e baixa autoestima (HENDERSON-KING; BROOKS, 2009).

Verificou-se ainda que após a cirurgia, as avaliadas apresentaram redução da pontuação dos critérios A e B relativos às categorias de respostas 9, 10, 11, 18, 19, 23 e 25. Não se verificou diferença estatística para a categoria de resposta 26 "Afastamento de atividade física" (Critério B) ($p=0,10$).

A "preocupação com o problema de aparência" (categoria de resposta 9 – Critérios A e B) refere-se à frequência com que a participante pensava em seu problema de aparência e se sentia triste, desestimulada ou chateada, sendo, portanto, verificada melhoria significativa deste aspecto após a cirurgia ($p<0,01$). Da mesma forma, a "angústia relacionada ao problema de aparência notado por outras pessoas" (categoria de resposta 13 – Critério B), que se refere ao quanto a participante ficou chateada quando sentiu que as pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu suposto defeito de aparência, também apresentou respostas mais favoráveis após a CPE ($p<0,01$). Associado a estes aspectos, a categoria 19 (Critério A) "auto-avaliação negativa devido ao problema de aparência", avaliou a frequência com que a participante se criticou devido à característica física indesejada, sendo verificada uma menor frequência de críticas após a cirurgia ($p<0,01$). Já a categoria de resposta 18 (Critério A) "importância do problema de aparência" avaliou o quanto a aparência era importante para a participante quando comparada a outros valores como personalidade, inteligência, habilidade no trabalho, relacionamento com outras pessoas e execução de outras atividades, sendo observada uma menor importância após a operação quando comparado ao período pré-operatório ($p<0,01$).

No que se refere à "preocupação com o problema de aparência em situações públicas e sociais", as categorias resposta 10 e 11 (Critérios A e B) dizem respeito ao grau de preocupação que a avaliada apresentava enquanto estava em áreas públicas como lojas, supermercados, ruas, restaurantes, ou lugares onde havia principalmente pessoas não conhecidas, bem como ao grau de preocupação com o problema de aparência quando estava em locais sociais com colegas de

trabalho, amigos ou membros da família; em ambas as categorias se verificou graus inferiores de preocupação no pós-operatório quando comparados ao período pré-cirúrgico ($p<0,01$).

"O Afastamento de situações públicas e de contato físico" foi avaliado respectivamente pelas categorias de resposta 23 e 25 (Critério B) e referiam-se ao quanto a participante havia evitado áreas públicas como ir a lojas, supermercados, ruas, restaurantes ou outras áreas onde havia principalmente pessoas que ela não conhecia por sentir-se incomodada com o "problema" relacionado à aparência; e o quanto ela havia evitado contato físico com outras pessoas em decorrência do "problema", o que incluía relação sexual como também outro contato íntimo como abraçar, beijar, ou dançar. Em relação as estas categorias também se verificou graus inferiores de evitação após o procedimento cirúrgico ($p<0,05$).

A melhoria da aparência corporal contribui para o aumento da satisfação pessoal e autoestima, e consequente melhora na saúde mental ou bem-estar psicológico; a insatisfação com a IC está fortemente associada a fenômenos mentais negativos como, por exemplo, a depressão e ansiedade (MATTEI e cols., 2015) e que podem ser amenizado após o procedimento como também observado por Margaf e cols. (2013) ao acompanhar mulheres antes e em três, seis e 12 meses após a cirurgia estética, verificando resultados positivos em relação à ansiedade, fobia social, depressão, dismorfia corporal, qualidade de vida, satisfação com a vida, atratividade, bem-estar físico e mental e autoestima.

Para Chen e cols. (2010) a insatisfação corporal, a baixa autoestima e a aceitação social têm sido identificadas como fatores psicológicos que motivam a realização cirúrgica; indivíduos que recebem o apoio de seu parceiro, família e amigos são mais propensos a buscar a cirurgia plástica. Além disso, espera-se que os pacientes expostos a um ambiente em que a aparência é considerada importante são mais propensos para se submeterem à CPE.

O grau de angústia e sofrimento relacionado à aparência física de candidatos à CPE pode ser variável e comprometer de formas distintas a qualidade de vida de cada indivíduo (DE BRITO, 2011; SARWER; CRERAND, 2008). Diante disso, a avaliação das questões afetivas relacionadas à IC nesta população é fundamental uma vez que a prevalência do TDC envolve a angústia clinicamente significante ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento causadas pela insatisfação com a aparência, o que difere da insatisfação e preocupação comuns em relação à IC que assumem condição normativa na população de uma forma geral (KORAN e cols., 2008; PHILLIPS e cols., 2010).

A imagem corporal é um constructo complexo, e o seu desenvolvimento ocorre em estágios que envolvem aspectos sociais e psicológicos da aparência (BRITO, 2011; CASH; SMOLAK,

2011; GARDNER, 2010). Neste sentido, fases da vida como a adolescência, a gestação e o envelhecimento nortearam a escolha dos três procedimentos cirúrgicos observados neste estudo, pois são períodos críticos do ciclo vital, no qual o corpo humano passa por várias alterações, que promovem repercussão de diferentes maneiras na vida de cada indivíduo (BRITO, 2011; CASH; SMOLAK, 2011; GARDNER, 2010).

Segundo Sarwer (2007), mulheres que buscam a mastoplastia de aumento evitam que seus seios sejam vistos por outras pessoas; além disso, fazem uso de estratégias de camuflagem com a utilização de *soutiens* ou roupas especiais para aumentar/disfarçar o tamanho dos mesmos. Candidatas a mastoplastia também apresentam emoções negativas com maior frequência, especialmente em situações de exposição física, como por exemplo, ao vestir um traje de banho, ao experimentar roupas em lojas e/ou durante as relações sexuais; ressalta-se ainda que a frequência destas experiências perturbadoras são negativamente relacionadas à baixa autoestima. De acordo com a literatura com pesquisas realizadas em longo prazo após a mastoplastia de aumento, verificou-se que parece existir um risco ligeiramente maior (pouco mais que duas vezes superior à encontrada na população em geral) de suicídio entre as mulheres com implantes mamários (BRINTON e cols., 2006; SANSONE; SANSONE, 2007).

Segundo Forbes e Frederick (2008), o corpo feminino é construído como um objeto a ser visto e avaliado por outras pessoas, especialmente pelos homens. As mulheres aprendem desde a infância que a percepção de seu valor pessoal é dependente de sua aparência; a pressão exercida sobre o sexo feminino para atingir o corpo ideal pode gerar insatisfação, especialmente com partes específicas do corpo, entre estas, o tamanho dos seios, em particular representa para as mulheres a feminilidade e sexualidade, portanto, possuem papel fundamental na identidade feminina (SWAMI e cols., 2015). De caráter único e que só pode ser experenciado pela mulher; o seio, desejado desde a infância, é idealizado pela menina até a sua vida adulta; nesse sentido, a relação entre ser feminina e ser mulher está diretamente associada ao órgão. Em primeiro lugar pelo aspecto sexual, por tratar-se de um órgão de intenso investimento erótico sensível às carícias amorosas, e, em segundo plano fica a representação materna onde o seio evidencia a capacidade materna mediante as necessidades do filho (SILVA; BARBOSA, 2014).

Atualmente, os seios, talvez mais do que qualquer outra parte do corpo feminino, são amplamente apresentados pelos meios de comunicação, onde veiculam que mamas maiores, desde que não sejam desconfortavelmente grandes, estão associadas à aceitação, atratividade, feminilidade e sexualidade, o que contribui para a busca de cirurgias estéticas. Swami e cols. (2015) ainda argumentam que os seios desenpenham papel importante não apenas nos

julgamentos de atratividade física entre homens e mulheres, mas também sobre a ansiedade das mulheres em relação aos mesmos e que mulheres insatisfeitas com a mama apresentam maior insatisfação corporal em geral. Além disso, as variações nas dimensões dos seios (p.ex., forma, assimetria, tamanho da aréola, tamanho da mama) podem afetar as experiências corporais (SWAMI e cols., 2015).

Estudo realizado por Frederick, Peplau e Lever (2008), avaliou 26,703 americanas heterossexuais (média de idade: 33,5±10,9 anos), sendo questionadas se elas estavam satisfeitas com seus seios e, caso não estivessem, eram solicitadas a indicar quais aspectos dos seus seios geravam maior insatisfação. Verificou-se que 70% das avaliadas indicaram insatisfação com algum aspecto de seus seios, destas, 28% indicaram que desejavam possuir seios maiores; 33% desejam seios menos "caídos", enquanto outras 9% desejavam seios menores (FREDERICK; PEPLAU; LEVER, 2008). Além disso, diferenças na insatisfação com o tamanho dos seios parece ser insignificante entre grupos étnicos, o que foi evidenciado no estudo de Forbes e Frederick (2008), em que 729 mulheres de uma Universidade da Califórnia/Los Angeles foram dividias segundo sua etnia, sendo estas: asiática (n=237; 20,19 ±2,32); Europeia/Branca/Caucasiana (n=196; 21,01 ±5,10 anos); Hispânico/Latino (n = 109; 20,96 ± 4,31) e Americana/Preto/Africana (n =58; M = 18,86 ±1,38). A insatisfação com o tamanho dos seios (*Breast Size Dissatisfaction Scale* - BSDS: Forbes e Frederick, 2008) foi observada na maioria das participantes; 61% desejavam seios maiores, enquanto 14% desejavam seios menores; 25% estavam satisfeitas com o tamanho do órgão (FORBES; FREDERICK; 2008). O que também foi observado no estudo de Swami e cols. (2015), com a aplicação da BSDS em 234 universitárias em Londres (Reino Unido) (média de idade: 25.53 ±10,56 anos; IMC 21.73±3,60; 76,0% eram brancas; 20,9% asiáticas e 3,0% africanas).

Diante dos expostos, sugere-se que as melhorias da avaliação da IC observadas no presente estudo, bem como os resultados favoráveis em relação aos critérios para diagnóstico de TDC proposto pelo BDDE, associados às melhorias dos aspectos emocionais e sexuais observados nos relatos das participantes após a mastoplastia de aumento, podem estar associados às questões de atratividade, feminilidade e sexualidade representados especialmente pelo tamanho dos seios, valorizados culturalmente e expostos pelos meios de comunicação. Resultados favoráveis também foram observados por McCarthy e cols. (2012), Alderman e cols. (2016) e Coriddi e cols. (2013) em curto e em longo prazo após o implante de silicone, que observaram que o aumento dos seios pode exercer um impacto positivo sobre a satisfação corporal, bem como melhorias dos aspectos emocionais, sexuais e psicossociais.

Já a abdominoplastia e a lipoaspiração são procedimentos procurados em decorrência da insatisfação com a deformidade abdominal, evidenciada pela perda do contorno corporal após gestações e alterações do peso e acúmulo de gorduras em determinadas regiões do corpo (braço, flancos, culotes, abdome, pernas). Já é consenso na literatura a relação entre excesso de peso e insatisfação corporal (SLEVEC; TIGGEMANN, 2010; WARREN e cols., 2012). A busca por procedimentos cirúrgicos estéticos como os descritos cursam com o desejo em perder peso, reflexo da internalização de valores culturais ocidentais observados na atualidade sobre ideais de aparência associados à segurança, atratividade, sucesso e satisfação global com a vida (WARREN e cols., 2012). De acordo com estudos, o excesso de peso e gordura corpórea, aumento do abdômem, quadris, coxas e tamanho dos seios geram maior insatisfação entre a população feminina (SARWER; CRERAND, 2004; SARWER; THOMPSON; CASH, 2005), o que leva, de forma errônea, muitas mulheres acreditarem que procedimentos cirúrgicos estéticos, como a lipoaspiração e a abdominoplastia poderão produzir uma perda de peso significativa, contudo, a quantidade de gordura e tecido removidos geralmente resulta em pouca alteração do peso corporal. Dessa forma, não são considerados tratamentos adequados para redução de peso (SARWER; CRERAND, 2004).

Annis, Cash e Hrabosky (2004) avaliaram a satisfação corporal de 165 americanas (média de idade: 30,4 ±14,0), sendo verificado que, em comparação as avaliadas classificadas com o peso adequado e que nunca haviam apresentado peso acima da normalidade, as mulheres com excesso de peso relataram mais insatisfação e angústia relacioanadas ao corpo, preocupação com excesso de peso, investimento com a aparência, assim como sintomas de compulsão alimentar, baixa autoestima social e menor satisfação com a vida.

Os autores discutem que grande parte dos indivíduos com excesso de peso enfrenta algum sofrimento psicológico, sendo o mais comum a insatisfação corporal. No contexto social atual, o indivíduo com o peso superior ao adequado e mesmo com acúmulo de gordura em partes específicas do corpo é considerado como pouco atraente, fator que é internalizado e que contribui para o aumento das preocupações relacionadas à aparência (ANNIS; CASH; HRABOSKY, 2004). A gordura localizada em determinadas áreas do corpo, é notada mais facilmente, e possui forte correlação com a forma corporal, mesmo em indivíduos eutróficos (SEBROEK; SUZUKI, 2013). No estudo de caso relatado por Tadisina, Chopra e Singh (2013), uma estudante universitária de 19 anos de idade se apresenta à clínica de cirurgia plástica, visando a avaliação para a lipoaspiração abdominal. Esta era a sua quarta consulta buscando pelo procedimento após ser recusada por outros três cirurgiões plásticos. A paciente referiu que

gastava de duas a três horas por dia analisando seu corpo e que a sua percepção de que houve aumento em sua circunferência abdominal lhe causou sofrimento emocional significativo, resultando em diminuição da interação social com amigos e familiares. O exame físico revelou IMC de 19 kg/m^2. A intervenção cirúrgica foi adiada, e depois de aconselhamento, a paciente concordou em não prosseguir com a cirurgia neste momento.

Embora indivíduos com excesso de peso possam ou não ser mais susceptíveis à inacuácia na estimação de seu tamanho corporal, em geral eles estão mais insatisfeitos com a sua aparência e são mais propensos ao desenvolvimento de comportamentos de esquiva em situações sociais em comparação a pessoas com o peso adequado. Assim como no público em geral, as mulheres com peso acima do ideal são mais propensas a expressar insatisfação e sofrimento psicológico em relação ao corpo do que os homens. A imagem corporal negativa pode ter consequências psicossociais adversas, incluindo transtornos alimentares, TDC, depressão, ansiedade social, prejuízos no funcionamento sexual e baixa autoestima (ANNIS; CASH; HRABOSKY, 2004). Estes fatores contribuem para a busca de procedimentos cirúrgicos estéticos, especialmente a lipoaspiração (LUNDE, 2013; SWAMI e cols., 2011).

Neste sentido, supõe-se que o excesso de peso e de gordura corporal associados à insatisfação com o peso, tamanho do corpo e aparência física observados no presente estudo, possam ter sido preditores para a realização dos procedimentos cirúrgicos, especialmente da lipoaspiração.

Embora não tenha sido avaliado no presente estudo, o período gestacional é um momento em que ocorre maior deposição de gordura corporal, provocando desordens estéticas como flacidez e acúmulo de gordura na região abdominal, o que contribui para a realização de abdominoplastia e lipoaspiração. Além disso, a fase de lactação também pode modificar a estrutura dos seios e predispor o interesse pelo implante de silicole (SEBROEK; SUZUKI, 2013). Javo e Sorlie (2009) avaliaram as características psicossociais de 1862 norueguesas que apresentavam interesse por lipoaspiração (25%; média de idade: 28 ±5,0 anos); mastoplastia de aumento (15%; média de idade: 27± 5,0 anos), rinoplastia (7%; média de idade: 27 ±5,0 anos) e abdominoplastia (5,6%; média de idade: 30 ±4,0 anos). Os pesquisadores verificaram que as mulheres interessadas em abdominoplastia eram motivadas por um desejo de reparar as mudanças corporais que ocorreram após o parto, enquanto as mulheres interessadas em lipoaspiração, aumento do seios e rinoplastia eram motivadas por fatores psicológicos mais complexos, tais como ansiedade, depressão, baixa autoestima e sintomas de transtorno dismórfico corporal.

Embora verificadas, no período pós-operatório, melhorias na estimação e satisfação com o tamanho corporal (EFS), bem como na satisfação com a aparência (BDDE) independentemente do procedimento cirúrgico estético realizado, observou-se ainda que os dados obtidos pela EFS apontaram que 58,3% das avaliadas apresentaram inacurácia na estimação do tamanho corporal e que 61,67% estavam insatisfeitas com o tamanho corporal, sendo que, destas, 86,48% gostariam de pesar menos. Ressalta-se que, como descrito anteriormente, a EFS avalia os componentes perceptivo (estimação) e subjetivo (satisfação) em relação ao tamanho corporal, e que para isso a escala possui diferentes IMC's (kg/m^2) (KAKESHITA e cols., 2009). Após a CPE, as avaliadas do presente estudo não apresentaram diferenças em relação ao estado nutricional quando comparadas às classificações obtidas pelo IMC no período pré-cirúrgico; além disso, parcela considerável apresentou IMC acima da faixa de normalidade antes (n=26; 43,3%) e após a operação (n=23; 38,3%) (p=0,08). Diante dos resultados expostos, parece razoável supor que, embora observado efeito de intervenção em relação a estas variáveis analisadas pela EFS, a inacurácia e insatisfação com o tamanho corporal ainda prevalentes após a cirurgia podem estar associadas ao IMC, o que vai de encontro com os relatos das participantes em relação à satisfação com o peso no período pós-cirúrgico, em que 60% (n=36) referiram estar insatisfeitas com o peso atual, sendo que, destas, a maioria gostaria de pesar menos (n=32; 88,8%). Além disso, observou-se grande parte das participantes foi classificada com obesidade e com percentual de gordura acima da média nos períodos pré (56,6%; 36,6%) e pós-operatório (48,3%; 40%) (p=0,15); o acúmulo de gordura em determinadas regiões do corpo, especialmente região abdominal e quadris, também pode contribuir para a inacurácia e insatisfação, uma vez que a EFS é representada por corpos femininos com diferentes tamanhos corporais.

Já a avaliação da aparência física obtida pelo BDDE, apontou que 35,0% (n=21) das avaliadas estavam insatisfeitas antes do procedimento cirúrgico, enquanto apenas 8,33% (n=05) apresentaram insatisfação após a operação (embora tenha sido observada pontuação máxima de 96 no pós-cirúrgico). Além disso, verificamos que no período pré-cirúrgico 75% (n=45) das entrevistadas pontuaram em pelo menos uma das categorias de resposta de cada critério, preenchendo, portanto, os três critérios para diagnóstico de TDC; já após a cirurgia, apenas 11,7% (n=07) preencheram todos os critérios. Observamos ainda redução das médias de pontuação antes e após o procedimento, independentemente do número de procedimentos realizados (média de pontuação pré-operatório: 53,97±25,76; média de pontuação pós-operatório: 24,45±20,26; p<0,01). Estudos realizados com mulheres antes e após a cirurgia

plástica estética também reportaram médias de pontuações altas antes da cirurgia e inferiores após a operação pela aplicação do BDDE.

Como já exposto, diferente da EFS, instrumento aborda componentes de satisfação geral com a aparência física geral (componentes: cognitivos, comportamentais, afetivos e satisfação) que avaliam a satisfação com a IC em seis dimensões: (1) preocupação e avaliação negativa da aparência física; (2) excessiva importância atribuída à aparência física, na autoavaliação; (3) vergonha, constrangimento e percepções de autorreferência; (4) evitação de situações ou atividades em público, ou contato físico com os outros; (5) estratégias de camuflagem estilos de roupa e acessórios, tipos de maquiagem e postura corporal); (6) comportamentos de checagem em relação à própria aparência física (inspeção de áreas do corpo, reasseguramento de preocupações com a aparência e comparação com os outros) (ROSEN; REITER, 1996).

A melhoria significativa observada pelo BDDE, inclusive pela avaliação de seus critérios para diagnóstico de TDC, pode estar associada à satisfação cirúrgica relatada (n=56; 93,3%) relacionada à parte (s) específica (s) do corpo as quais as avaliadas realizaram a cirurgia. Além disso, as participantes relataram que a intervenção cirúrgica contribuiu para melhorias em aspectos da vida, especialmente emocionais, sexuais e sociais.

Para Cash e Pruzinski (2004), ao modificar partes do corpo o indivíduo poderá experenciar uma acomodação da IC; esse processo segue uma trajetória que tem primeiramente a percepção da transformação da aparência (percepção visual e sensorial). A próxima fase constitui mudanças cognitivas, ou seja, quando há alteração no modo como o indivíduo pensa sobre a sua aparência e experiência corporal. Em seguida são as transformações emocionais que ocorrem vinculadas ao grau com que esta mudança influenciará na autoestima e, finalmente, são as transformações comportamentais. Após tais mudanças, quem se sente melhor com a nova aparência, possivelmente, adota novas formas de comportamento, que podem influenciar nas relações sociais e nas formas de relacionar-se com o mundo e consigo; portanto, existe dentro deste contexto um processo adaptativo individual (AMARAL; FORTES; FERREIRA, 2011).

A avaliação da IC em relação às medidas, contorno e forma de seu próprio corpo, envolve respostas emocionais (CASH; SMOLAK, 2011), inclui ainda influências de experiências já vivenciadas pelo indivíduo e que determinaram a sua forma de pensar, sentir e agir em relação ao próprio corpo. Sob essa perspectiva sugere-se que a cirurgia plástica atuou como uma experiência positiva para as avaliadas do presente estudo e contribuiu para a melhoria da avaliação corporal e do aspecto emocional, o que vai de encontro com a perspectiva positivista da IC que define a imagem corporal como um contructo multidimensional que possui

características positivas e negativas, estando as positivas associadas ainda a melhorias da autoestima. Assim, é relevante identificar experiências individuais positivas da IC e avaliar os fatores que contribuíram para que isto ocorresse (TYLKA, 2002).

As críticas sociais ao sexo feminino têm sido historicamente apontadas como lócus de controle na vida das mulheres; a teoria feminista atual sustenta que a insatisfação normativa com o corpo observada nas mulheres não se trata de uma patologia individual, mas sim de um fenômeno social. Esta construção das mulheres como objetos a serem observados e avaliados contribui para a dependência das mesmas em relação à aprovação dos outros (MCKINLEY, 2002). Diante do exposto, sugere-se que a redução dos graus de preocupação com a aparência em situações públicas e sociais, bem como a diminuição do afastamento de situações públicas e de contato físico podem também estar relacionados a dependência das mesmas em aceitarem o próprio corpo a partir da aprovação de outras pessoas antes da cirurgia plástica, seja a aprovação da família, amigos, pares e mesmo de pessoas desconhecidas, o que pode ter contribuído para o incômodo significativo relatado pelas avaliadas em relação aos aspectos sociais, sexuais e emocionais antes da operação.

Ressalta-se ainda que o BDDE também avalia a evitação corporal, adoção de estratégias de camuflagem e de comportamentos de checagem e que, em geral, estas dimensões foram menos prevalentes após o procedimento cirúrgico em decorrência da satisfação com a aparência física após a cirurgia. A evitação corporal refere-se à esquiva da exposição do corpo ao próprio olhar e ao olhar de outra pessoa, o que leva a sensações e relutância decorrentes de profunda depreciação e insatisfação corporais; nesta situação, o indivíduo recorre a várias estratégias, tais como evitação de situações sociais, de exposição ao público, de uso de roupas mais justas ou mais curtas, de contato próximo com o outro, o que gera acomodação e aumento da depreciação/insatisfação com o próprio corpo. Dessa forma, todas as situações que podem gerar preocupação sobre a aparência física passam a ser altamente evitadas, o que pode contribuir para o comprometimento da vida social (CAMPANA e cols., 2012). A checagem do corpo também é considerada como um método para a acomodação da imagem corporal negativa. A preocupação com a aparência, com as medidas corpóreas, em comparar-se com outras pessoas, os rituais repetidos de avaliação do peso, medidas e partes corpóreas tornam-se compulsivas, com gasto de tempo e energia. Contribuem ainda para a manutenção de uma IC negativa, já que realimentam a insatisfação com o próprio corpo com novas informações que levam ao aumento do controle sobre o corpo e a adoção de comportamentos voltados para a alimentação,

exercícios e busca por procedimentos estéticos (CAMPANA e cols., 2012; AMARAL; FORES; FERREIRA, 2011).

Tiggerman (2002) argumenta que a cultura determina o ideal de beleza e de atratividade, que são internalizados individualmente e servem de comparação e de autojulgamento. A discrepância entre o ideal de beleza proposto culturalmente e a imagem corporal real, pode contribuir para a insatisfação com o próprio corpo, especialmente no sexo feminino. Como já descrito anteriormente, a cirurgia plástica estética, altamente divulgada pelos meios de comunicação, vem sendo hoje considerada como uma das estratégias buscadas pelas brasileiras para alcançar os padrões de beleza estipulados (LUNDE, 2013; SARWER; CRERAND; MAGEE, 2011; SWAMI e cols., 2011). Dessa forma, a excessiva importância e a avaliação negativa atribuída à aparência física na autoavaliação, bem como a vergonha, constrangimento e percepções de autorreferência avaliados pelo BDDE podem ter sido mais prevalentes antes da cirurgia em decorrência da pressão em atingir os padrões estéticos atuais.

Algumas características físicas, especialmente a face e o corpo, são percebidas e consideradas pelos indivíduos para avaliar a qualidade e conveniência da escolha de potenciais parceiros com o objetivo de melhorar as suas próprias chances de sucesso reprodutivo (SWAMI, 2002); além disso, como já exposto, partes corpóreas da mulher como os seios são associados à feminilidade e atratividade (SWAMI e cols., 2015). Sob essa perspectiva, sugere-se que os procedimentos cirúrgicos realizados, especialmente naquelas submetidas à mastoplastia de aumento, contribuíram para a melhoria da satisfação corporal e dos aspectos emocionais, sexuais e sociais relatados.

Em relação a outros estudos relacionados à CPE e avaliação da satisfação corporal pela aplicação do BDDE, observamos estudos com resultados semelhantes e divergentes. Estudo conduzido no Brasil, De Brito e cols. (2016) aplicaram o BDDE em 90 candidatos à abdominoplastia (86 mulheres; 38±11 anos) e verificaram que 57% (n=51) dos participantes foram incluídos nos três critérios para diagnósticos de TDC, apresentando média de pontuação de 120±26; além disso, dos 51 participantes que se enquadraram nos critérios para diagnóstico do BDDE, 50 (98%) apresentaram escores acima de 66. Já entre os participantes que não preencheram as categorias de resposta dos três critérios para TDC presentes do BDDE (n=39), a média de pontuação foi de 83±33. Destes, 66,7% (n=26) apresentaram escores superiores a 66.

Coelho e cols. (2015) avaliaram 88 mulheres (média de idade: 34,46±10,0) submetidas aos mesmos procedimentos cirúrgicos que as avaliadas do presente estudo; os autores separaram as

participantes em G1 (n= 53; mulheres que realizaram apenas um procedimento) e G2 (n=35; mulheres que realizaram mais de uma cirurgia); verificou-se médias de pontuação para G1 e G2 de 35,36±20,41 e de 34,97±21,21, respectivamente.

Em 2008, Sarwer e cols. aplicaram novamente o BDDE em 98 mulheres submetidas à cirurgia estética (mastoplastia de aumento, blefaroplastia, lipoaspiração, ritidoplastia e rinoplastia) verificaram médias de pontuação de 47,56 antes da cirurgia; já em seis, 12 e 24 meses após o procedimento as médias encontradas foram de 36,13; 28,41 e 26,96, respectivamente.

Sarwer e cols. (1998) aplicaram o BDDE em 100 mulheres (44,0±11,56 anos) seis meses após a CPE (face; blefaroplastia; mastoplastia de aumento e redução; rinoplastia; lipoaspiração e abdominoplastia) e observaram que 7% da amostra preencheu os critérios diagnósticos para transtorno dismórfico corporal depois da operação. Em contrapartida, no estudo de Mulkens e cols. (2012), que avaliou 125 mulheres (45,4±11,8 anos) dois anos após a CPE, verificou-se que 21,6% (n=27) das avaliadas apresentaram sintomas para TDC, segundo os critérios do BDDE.

Com a aplicação do BDDE em dez brasileiras (29,30±10,98 anos) após a CPE (lipoaspiração, abdominoplastia, gluteoplastia, otoplastia (orelha) e mastoplastia de aumento e redução), Amaral, Fortes e Ferreira (2011) verificaram que seis participantes pontuaram em pelo menos uma categoria de resposta dos critérios diagnósticos para TDC.

Lai e cols. (2010) avaliaram em Taiwan 817 pacientes que procuravam por cirurgia estética, os quais eram avaliados quanto aos critérios para diagnóstico de TDC pelos cirurgiões plásticos que verificaram prevalência de 7,7% nesta população (n=63). Da amostra total, 763 (87,9% mulheres) foram submetidos a um ou mais procedimentos (blefaroplastia, rinoplastia mamoplastia, face e lipoaspiração). Os pesquisadores observaram que no pré-operatório, 54 pacientes (6,6%; 47 mulheres) foram diagnosticados com TDC, sendo, portanto, desaconselhados a realizar a cirurgia. Os cirurgiões relataram que estes pacientes referiam sentir vergonha de seus “defeitos na aparência”; além disso, levavam imagens de modelos ou de estrelas de cinema para que o cirurgião executasse a operação perfeitamente como o desejado. Além disso, pacientes que já haviam realizado procedimentos prévios com outro cirurgião (n=09) e apresentaram insatisfação no pós-operatório imediato procuraram este novo serviço com o desejo de reoperar; relataram passar muitas horas em frente ao espelho para examinar seu “defeito”. Entre os relatos, a preocupação em relação à “falha” cirúrgica os deixaram chateados, com raiva, incapazes de dormir bem e até mesmo tiveram pensamentos suicidas.

Eles se queixaram que o resultado pós-operatório foi pior do que a sua aparência antes da cirurgia. Não apresentavam paciência para esperar o processo natural de cicatrização e redução do edema; eles solicitavam que o cirurgião realizasse a reoperação para correção das "falhas" (LAI e cols., 2010).

Sawer, Crerand e Magee (2011) argumentam que, embora mais suscetíveis ao TDC, uma minoria de candidatos à CPE apresenta insatisfação com a IC mais grave com risco para desenvolvimento de TDC. Já Mulkens e cols. (2012) verificaram (em seu estudo) que as mulheres insatisfeitas com o resultado cirúrgico e que desejavam passar por outro procedimento apresentavam médias de pontuação mais elevadas que aquelas satisfeitas com a cirurgia.

A prevalência deste transtorno ainda não é bem estabelecida, contudo, estima-se que a patologia afete aproximadamente 1 a 2% da população geral. Estudos realizados nos EUA com pessoas que haviam se submetido a algum procedimento cirúrgico estético demonstrou que de 5% a 15% apresentavam TDC (PHILLIPS, 2011). No Brasil, 14% dos indivíduos que já passaram por algum tratamento estético apresentam o quadro patológico (CONRADO, 2009).

A variação na prevalência entre a população geral comparada àquela que busca por procedimentos cirúrgicos estéticos se dá pelo fato de que muitos pacientes acreditam que a CPE será a solução para os seus problemas de aparência; dessa forma, preferem ser "tratados" por um cirurgião, dermatologista ou dentista do que por um psicólogo/psiquiatra. Isso ocorre porque pacientes com TDC acreditam que sua doença é física e não mental; geralmente apresentam vergonha de relatar seus sintomas diretamente para os médicos. Dessa forma, embora o diagnóstico do TDC apresente desafios, os cirurgiões devem levantar as primeiras suspeitas sobre a patologia para que estes pacientes sejam encaminhados para a avaliação de especialistas (LANG e cols., 2010).

Estudo realizado por Tignol e cols. (2007) avaliou 132 candidatos à CPE segundo os critérios do BDDE e observaram que 30 indivíduos não apresentavam defeitos físicos mínimos para a realização cirúrgica, destes, doze preenchiam os critérios do DSM-IV para TDC enquanto 18 não preenchiam. Cinco anos depois, os pesquisadores conseguiram contatar 24 mulheres, dez com TDC (oito mulheres e dois homens; 42,5±11,6 anos) e 14 sem TDC (oito mulheres e um homem; 51,9±7,6 anos) da pesquisa inicial a fim de verificar se eles haviam sido submetidos à cirurgia estética e sobre sua condição quanto ao diagnóstico TDC. Os resultados apontaram que sete pacientes com TDC haviam se submetido à CPE, enquanto oito pacientes sem sintomas de TDC haviam realizado o procedimento. A satisfação do paciente com a intervenção foi alta em ambos os grupos, contudo cinco anos depois, seis dos sete pacientes

operados com TDC ainda preencheram os critérios para o diagnóstico da doença e exibiram níveis mais elevados de comorbidades psiquiátricas em comparação ao grupo sem BDDE. Além disso, três pacientes que não preencheram os critérios diagnóstico na primeira avaliação haviam preenchido cinco anos após o procedimento (TIGNOL e cols., 2007).

O estudo de Tignol e cols. (2007) confirma os argumentos de outros autores (DE BRITO e cols., 2013; DIDIE; KUNIEGA-PIETRZAK; PHILLIPS, 2010; PAVAN e cols., 2008; PHILLIPS e cols., 2005; SARWER; CRERAND, 2008) de que a cirurgia estética não é eficiente para o tratamento de TDC, apesar da satisfação cirurgica declarada pelo paciente após a operação. Segundo os pesquisadores, embora os pacientes com TDC frequentemente acreditem que os procedimentos estéticos são as únicas intervenções viáveis para amenizar suas angústias relacionadas ao descontentamento com a IC, tais procedimentos raramente contribuem para a solução dos problemas psicológicos decorrentes da patologia. A maioria dos pacientes relata insatisfação com os resultados, sendo que em alguns casos os tratamentos cosméticos podem ainda agravar a preocupação com a aparência física ou direcionar a preocupação para outra parte física (DE BRITO e cols., 2013; DIDIE; KUNIEGA-PIETRZAK; PHILLIPS, 2010; PAVAN e cols., 2008; PHILLIPS e cols., 2005; SARWER; CRERAND, 2008).

Os dados do presente estudo chamou atenção para o fato de que, embora observada melhorias em relação à IC, ainda verificamos, mesmo com menor prevalência, inacurácia e insatisfação com o tamanho corporal e insatisfação com a aparência física após a cirurgia. Verificamos ainda que, embora observada satisfação com o resultado cirúrgico, bem como relatos de melhorias nos aspectos da vida (sexuais, sociais, emocionais e profissionais) e de satisfação corporal, a maioria das avaliadas continuaram insatisfeitas com áeras do corpo que haviam relatado antes da cirurgia ou direcionaram a insatisfação corporal para outras partes corpóreas após o procedimento. No período anterior à CPE, quando questionadas sobre as partes com as quais estariam insatisfeitas e gostariam de mudar, verificou-se que 100% das avaliadas referiram estar insatisfeitas e que gostaria de mudar uma ou mais partes corpóreas; as partes mais relatadas foram os seios (76,7%) e o abdômen (“barriga”) (56,7%). Observou-se ainda neste período que outras regiões do corpo as quais não seriam submetidas ao procedimento, também geravam insatisfação (p. ex.: face, nariz, coxa e pálpebra; braço, pescoço e orelha). Após o procedimento, verificou-se ainda que grande parte das avaliadas (n=50; 83,3%) ainda relatou que estava insatisfeita com parte (s) específica(s) de seus corpos, especialmente com o abdômen (33,3%) e os seios (20%). Além disso, antes e após o

procedimento as participantes descreviam as áreas citadas as quais estavam insatisfeitas, com excesso de gordura localizada, celulite, flacidez, baixa quantidade de massa muscular e tamanho de determinadas regiões corporais também geravam incômodo como braços, flancos, pernas, face, nariz, pálpebra, coxa, glúteos culotes e região íntima. Após a cirurgia, verificou-se queixas sobre a cicatriz formada nos seios e também em relação à cicatriz e irregularidade/depressão na região abdominal após o procedimento cirúrgico. Sabe-se que outros estudos também observaram que as mulheres apresentam altos índices insatisfação com partes específicas do corpo como, por exemplo, descontentamento com a barriga, gordura e medidas corpóreas; insatisfação com cabelo, rosto e pele, grossura do braço, glúteos, pernas, peitos e quadris. Além disso, apresentam sentimentos associados ao corpo: "se eu estivesse mais magra me sentiria muito melhor"; "gostaria de mudar muitas coisas no meu corpo"; "sinto vergonha do meu corpo" (HIRATA; PILATI, 2010). A insatisfação corporal ou com partes específicas do corpo já são consideradas normativas na população (CASH; SMOLAK, 2011; GARDNER, 2010); contudo, torna-se essencial avaliar o grau de insatisfação e se a mesma causa prejuízos significativos na vida do indivíduo. Em relação ao presente estudo, sugerimos que, especialmente os pacientes com menor percepção e maior insatisfação corporal deveriam ter sido submetidos à uma avaliação mais criteriosa em relação aos aspectos psicológicos e nutricionais antes mesmo da realização cirúrgica e serem acompanhados a curto e em longo prazos. Essas medidas possibilitaria a elaboração de prevenções e intervenções psicológicas e nutricionais precoces, auxiliando o cirurgião plástico e sua equipe a garantir um melhor prognóstico e resultados mais satisfatórios, além de favorecer a diminuição dos gastos dos sistemas de saúde evitando possíveis desgastes emocionais e judiciais para as partes envolvidas.

Segundo Sarwer, Crerand e Didie (2002), existe ainda a preocupação de que os pacientes com TDC podem prosseguir com ação judicial ou tornarem-se violentos com seus cirurgiões e que apesar disso, apenas 30% dos profissionais acreditam que pacientes com a doença devam ser contra-indicados para a realização cirúrgica. Os autores afirmam ainda que a maioria dos indivíduos que buscam por procedimentos cirúrgicos estéticos apresentam insatisfação com a imagem corporal, sendo que aqueles que apresentam níveis elevados de insatisfação com o corpo ou que apresentam TDC devem ser encaminhados a um especialista ao invés de recorrer a uma nova cirurgia.

Diante disso, problemas relacionados à IC, especialmente o diagnóstico de TDC, bem como de outras psicopatologias precisam ser identificados antes mesmo da realização cirúrgica. Além disso, os cirurgiões devem assegurar sobre expectativas realistas sobre o resultado da cirurgia,

e o paciente deverá entender que o procedimento não irá solucionar problemas pessoais e psicológicos; uma anamnese detalhada deverá ser conduzida, seja através entrevistas ou uso de ferramentas de rastreio como, por exemplo, questionários. A cirurgia plástica pode melhorar a satisfação e autoestima dos pacientes, contudo é um método ineficaz na redução da gravidade dos sintomas do TDC em indivíduos com o diagnóstico do problema (LANG e cols., 2013). Diante disso, segundo a literatura, o melhor tratamento para indivíduos com este quadro patológico deverá ser a administração de medicamentos de recaptação de serotonina, associada a terapias como, por exemplo, a cognitiva comportamental (DE BRITO e cols., 2013; DIDIE; KUNIEGA-PIETRZAK; PHILLIPS, 2010; PAVAN e cols., 2008; PHILLIPS e cols., 2005; SARWER; CRERAND, 2008).

Entre outros problemas psicológicos, a insatisfação corporal pode favorecer o desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar, especialmente em mulheres que buscam por procedimentos cirúrgicos estéticos (COUGHLIN e cols., 2012; CORDÁS, 2005; SARWER; CRERAND, 2004). As atitudes e comportamentos relacionados à alimentação constituem aspectos importantes a serem considerados em indivíduos insatisfeitos com a aparência física. Sabe-se que avaliações negativas em relação à própria imagem podem influenciar as experiências relacionadas ao corpo e levar a investimentos relacionados à aparência desejada e a como mantê-la ou alcançá-la. Esses investimentos podem levar à busca de CPE, bem como à adoção de condutas não saudáveis para perda ou controle de peso, como o uso de anorexígenos, prática exagerada de exercícios físicos, sintomas de ansiedade, depressão, realização de dietas restritivas e atitudes de compensação da ingestão calórica (PINHEIRO; JIMÉNEZ, 2010; JÁVO e cols., 2012; SCHOMER; KACHANI, 2010).

As preocupações relacionadas ao IMC e ao excesso de gordura corporal, principalmente localizadas em partes específicas do corpo, podem contribuir para ter efeitos psicológicos nocivos à saúde. Observa-se que mulheres com problemas alimentares são significativamente mais interessadas em cirurgias plásticas estéticas, especialmente a lipoaspiração (SAARINIEMI e cols. 2015). Diante do papel central da imagem corporal na anorexia nervosa e bulimia nervosa, ambos os transtornos podem ocorrer com maior frequência entre as pessoas interessadas em tratamentos cirúrgicos estéticos, especialmente em cirurgias de contorno corporal (SARWER; CRERAND, 2004); apesar dos expostos, publicações sobre os efeitos da CPE e atitudes alimentares ainda são escassos, especialmente no que se refere a pesquisas prospectivas.

No presente estudo, verificamos que os dados obtidos pela aplicação do EAT-26 apontaram que não houve diferença nas médias de pontuação entre os períodos pré (15,6±10,41) e pós-cirúrgico (16,07±9,63) ($p<0,01$), consequentemente não verificamos diferenças para a classificação de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, nos períodos pré (Risco pré: n=20; 33,33%) e pós-operatório (Risco pós: n=19; 31,67%) ($p=0,85$). Observou-se ainda que a presença ou não de risco para o desenvolvimento de TA foi independente do número de cirurgias realizadas ($p>0,05$).

Os resultados do presente estudo divergem dos encontrados em pesquisa realizada na Finlândia por Saariniemi e cols. (2015), que avaliou o risco para desenvolvimento de transtornos alimentares (*Eating Disorder Inventory* – EDI: Garner; Olmstead; Polivy, 1982) em 36 mulheres (44±10,0 anos) antes e aproximadamente sete meses após a lipoaspiração. Em relação às médias de IMC verificou-se: 26 kg/m^2±3,2 antes e 25,8 kg/m^2±3,1 após a operação. Observou-se que sete meses após a CPE houve melhoria significativa em relação à satisfação corporal e ao risco para a ocorrência de distúrbios alimentares (risco pré-operatório: 53% média pré-operatório: 24,73±15,92; risco pós-operatório: 7%; média pós-operatório: 17,43±12,17; <0.001). Em estudo conduzido na Turquia por Alagoz e cols. (2003), também foi verificado o risco para desenvolvimento de TA (*Eating Attitudes Test* – EAT: Garner e Garfinkel, 1979) em 75 pacientes (29,38±9,44; média IMC: 21,40 ± 3.22) após a CPE (lipoaspiração e abdominoplastia), sendo observado o risco em 10,2% da amostra, valores inferiores ao encontrados no presente estudo.

Avaliamos ainda que não foram verificadas evidências de associação entre acurácia na estimação do tamanho corporal (EFS: kg/m^2) e risco para desenvolvimento de TA e nos tempo pré ($p=0,83$) e pós ($p=0,96$) cirúrgicos. Contudo verificou-se que houve evidência de associação entre satisfação com o tamanho corporal (EFS: kg/m^2) e risco para desenvolvimento de TA antes da realização cirúrgica ($p=0,03$), sendo que 100% (n=20) das entrevistadas classificadas com Risco para TA estavam insatisfeitas com a IC, o que pode ser justificado pela relação entre insatisfação corporal, IMC e risco para a adoção de comportamentos e atitudes inadequadas em relação ao peso (COUGHLIN e cols., 2012; CORDÁS, 2005; SARWER; CRERAND, 2004); não observamos evidências de associação entre as variáveis após a cirurgia ($p=0,19$), provavelmente pela redução da insatisfação com a IC observada no período pós-operatório.

Verificamos ainda que, embora observadas associações entre EAT-26 e EFS antes da cirurgia, estes resultados não foram encontrados entre EAT-26 e satisfação com a aparência física pela aplicação do BDDE nos tempos pré ($p=0,57$) e pós ($p=0,56$) cirúrgico; como exposto,

diferente do BDDE, a EFS avalia a percepção e satisfação com tamanho corporal através de figuras que variam do IMC mais magro ao mais obeso, portanto relacionados ao peso. Pesquisas mostram que quanto maior o IMC maior a insatisfação com a IC e maiores serão os engajamentos para a perda de peso, entre eles a adoção de métodos não saudáveis para redução/controle do peso como uso de anorexígenos, realização de dietas restritivas e atitudes de compensação da ingestão calórica, que fazem parte das questões presentes no EAT-26 (PINHEIRO; JIMÉNEZ, 2010; HIRATA; PILATI, 2010; JÁVO e cols., 2012; SCHOMER; KACHANI, 2010).

Embora a maioria das avaliadas não tenha apresentado risco para desenvolvimento de TA, consideramos que a parcela de mulheres classificadas com risco para transtornos alimenatres observados na presente pesquisa devem receber atenção. Como já discutimos, os resultados peri e pós-operatórios estão estritamente relacionados ao estado nutricional do indivíduo antes da submissão ao procedimento. Sabe-se que condutas dietéticas inadequadas como por exemplo, a restrição alimentar, podem contribuir para a depleção do sistema imunológico, o que favorece a ocorrência de complicações cirúrgicas, compromete a cicatrização de feridas, podendo causar resultados insatisfatórios que colocam em risco a saúde do paciente (PUJOL, 2011).

Pesquisas realizadas com amostras não clínicas (CARRION; WEINBERGER-LITMAN; FOGEL, 2011; JÁVO e cols., 2012; MAZZEO e cols., 2007; WARREM, 2012) tem apontado para associação entre insatisfação corporal, atitudes e comportamentos alimentares de risco, como a realização de dietas restritivas e comportamentos compensatórios (p. ex., purgação, indução de vômitos) e de autocontrole sobre a alimentação, e interesse em realizar cirurgias plásticas estéticas.

Destaca-se que enquanto a lipoaspiração e abdominoplastia são cirurgias buscadas para a redução do peso e medidas corpóreas, a prótese de mama tem sido desejada pelas pacientes com baixo peso e gordura corporal, em decorrência do reduzido tamanho dos seios e como forma de não perderem sua feminilidade (SAWER, 2002; VON SOET; KVALEM; WICHSTROM, 2011). No presente estudo, uma paciente classificada com desnutrição pelo IMC se submeteu à mastoplastia de aumento, contudo não apresentou risco para desenvolvimento de TA.

No Brasil, Cordás (2005) descreveu um caso de uma paciente de 19 anos que apresentava comportamento alimentar restritivo e baixo peso há cerca de três anos (1,74 m e 52 quilos, IMC=17,2 kg/m^2). A paciente referiu que contabilizava as calorias de todos os alimentos e, por achar-se obesa, se pesava diversas vezes ao longo do dia e fazia checagens frequentes de corpo

ao espelho e também apresentava ausência de fluxo menstrual há dois anos. Apresentava-se irritada e reclamava sobre intromissão familiar, afirmando que não poderia iniciar a terapia, pois se preparava para uma cirurgia plástica estética. Foi ainda referido que ela já havia se submetido a duas lipoaspirações no ano anterior, sendo que no último procedimento foram retirados aproximadamente um litro de gordura da região abdominal, pernas e quadril. Segundo relato dos familiares, a realização das cirurgias poderia melhorar a satisfação da paciente em relação ao seu formato corporal, o que foi de encontro à opinião do cirurgião plástico, apesar da paciente estar classificada com desnutrição. Após avaliação médica, a paciente foi diagnosticada com anorexia nervosa e iniciou o tratamento multidisciplinar (CORDÁS, 2005). Cordás (2005) ainda discute que, apesar de alguns estudos sugerirem que após a realização do procedimento estético indivíduos apresentem uma melhoria na avaliação da imagem corporal e dos sintomas depressivos e ansiosos, a paciente em questão ainda se mostrava insatisfeita com os procedimentos já realizados e estava se preparando para uma nova lipoaspiração. O autor ainda ressalta sobre o apoio dos familiares, que acreditavam que a queixa estética da paciente seria o real problema e que a realização cirúrgica levaria à resolução de sua insatisfação com o corpo.

Estudos mais antigos já relatavam sobre casos de pacientes diagnosticadas com bulimia nervosa que procuravam por lipoaspiração e apresentavam histórico de abuso de laxantes e/ou diuréticos ou vômitos auto-induzidos (WILLARD; MCDERMOTT; WODHOUSE, 1996); bem como de casos de mulheres submetidas à mastoplastia de aumento portadoras de anorexia e bulimia como uma tentativa patológica para obter ou manter uma imagem corporal idealizada (MCINTOSH; BRITT; BULIK, 1994).

Assim como em pacientes com TDC, aquelas com diagnótico de distúrbios alimentares necessitam de tratamento médico e psicológico/psiquiátrico para taratmento da distorção da imagem corporal, sendo que a CPE não se enquadra como terapia para solucionar estas patologias. Ressalta-se ainda que preocupações com o peso podem ocorrer em ambos os ditúrbios e por isso os trantornos alimentares e o Transtorno Dismórfico Corporal podem ser comorbidos, sendo que, neste caso, ambos devem ser diagosticados segundo o DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Portanto, a triagem para transtornos alimentares, bem como a avaliação do estado nutricional e imagem corporal devem fazer parte da rotina de avaliação para a realização de cirurgia plástica estética. Os cirurgiões plásticos devem ser advertidos sobre o risco da ocorrencia de TA para avaliar o indicação apropriada de lipoapiração, mastoplastia de aumento,

abdominoplastia entre outros procedimentos como uma alternativa de tratamentos de pacientes bulimicos e anorexicos.

A beleza física é geralmente psicológica e socialmente apreciada; o efeito da sociedade e do ambiente é o ponto inevitável na formação do estado psicológico de um indivíduo através de fatores físicos, que são julgados por vários atributos culturais. O conflito acerca das exigências dos pacientes em relação à CPE pode estar relacionado a problemas psicológicos ou mesmo a distúrbios psiquiátricos. A existência de atitudes alimentares inadequadas é atualmente inevitável em uma sociedade na qual o corpo magro é considerado desejável; contudo, quando se torna patológico e compromete a qualidade de vida de um indivíduo e leva à busca de alternativas para solucionar o problema por meio de atitudes alimentares inadequadas e por cirurgias invasivas, isto deve ser avaliado com cuidado.

6. CONCLUSÕES

6.1. CONCLUSÕES ESTUDO 1

6.1. Conclusões Estudo 1

- As participantes do G1 apresentaram média de idade de 37,98 anos (±10,93), enquanto as mulheres do G2 possuíam, em média 37,93 anos (±11,83) não havendo diferença estatística entre as idades.

- Não foram verificadas associações entre a classificação do estado nutricional (IMC: kg/m^2; OMS, 2000) entre os grupos;
    - Verificou-se maior prevalência de mulheres eutróficas no G1 e G2, embora parcela importante das entrevistadas de ambos os grupos tenha apresentado peso acima da faixa de normalidade.

- Não foi observada associação entre os grupos em relação à classificação da estimação e satisfação com o tamanho corporal obtida pela aplicação da Escala a de Figuras de Silhuetas (kg/m^2);
    - A maioria das participantes, de ambos os grupos, apresentou inacurácia e estava insatisfeita com o próprio tamanho corporal;
    - Grande parte das entrevistadas, de ambos os grupos, superestimou o seu tamanho corporal Real e gostaria de pesar menos do que pensava possuir;
    - Não foram encontradas associações entre as classificações obtidas pela EFS e as demais variáveis sociodemográficas e econômicas analisadas.

- Os dados obtidos pela aplicação do BDDE mostraram que as entrevistadas do G2 estavam mais satisfeitas com a aparência quando comparadas ao G1;
    - Não foram encontradas associações entre as classificações obtidas pelo BDDE e as demais variáveis sociodemográficas e econômicas analisadas;
    - Em relação ao critério A (“Preocupação com um imaginado problema na aparência”), verificou-se associação entre as categorias de respostas 10, 11 e 19 com os grupos, sendo observado no G1 maior proporção de respostas consideradas indicativas para diagnóstico para TDC, em relação ao G2;
    - Já em relação ao critério B (“A preocupação causa angústia clinicamente significante ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento”), observou-se associação entre as categorias de

respostas 10, 11, 24 e 25 entre os grupos, sendo que as avaliadas do G1 apresentaram maior proporção de respostas acima da pontuação indicada pelo instrumento como indicativa de diagnóstico para TDC, em relação ao G2.

- Não se verificou associação entre o critério C ("A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental") e os grupos.

- Não foram verificadas associações entre o risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (EAT-26), entre os grupos;
  - Parcela considerável das participantes, especialmente do G2 (n=20; 33,33%) apresentou risco para desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosa;
  - Não foram encontradas associações entre as classificações obtidas pelo EAT-26 e as demais variáveis sociodemográficas e econômicas analisadas para ambos os grupos.

6.2. CONCLUSÕES ESTUDO 2

6.2. Conclusões Estudo 2

- As participantes apresentavam média de idade de 37,98 anos (±10,93), sendo que a maioria das avaliadas (n=23; 38,3%) possuía faixa etária entre 31 e 40 anos.

- Não foram verificadas evidências de efeito de intervenção em relação à classificação do estado nutricional (IMC: kg/m^2; OMS, 2000);
    - A maior parte das participantes foi classificada com eutrofia antes e após o procedimento cirúrgico. Parcela considerável das avaliadas foi classificada com o IMC acima da faixa de normalidade nos períodos pré e pós operatórios.

- Não foram verificadas evidências de efeito de intervenção em relação à porcentagem de GC (LOHMAN, 1992);
    - A maioria das avaliadas foi classificada com obesidade, seguida pelo percentual de gordura acima da média nos períodos pré e pós-operatórios;
    - Verificou-se associação entre a classificação obtida pelo IMC e o percentual de gordura corporal nos períodos pré e pós-cirúrgico. Antes e após a cirurgia se observou que a maior parte das mulheres classificadas com o peso dentro da faixa de normalidade apresentou altos percentuais de gordura corporal.

- Os dados de classificação da estimação e satisfação com o tamanho corporal obtida pela aplicação da EFS revelaram que as avaliadas apresentaram maior chance de estarem acuradas e satisfeitas com o próprio tamanho corporal após a cirurgia plástica estética quando comparadas ao período pré-operatório;
    - Não houve associação entre número de procedimentos cirúrgicos estéticos realizados em relação à acurácia e satisfação com o tamanho corporal nos períodos pré e pós cirúrgicos.

- Os dados obtidos pela aplicação do BDDE apontaram para uma chance maior de as participantes estarem satisfeitas após a CPE;
    - Verificou-se ainda que a classificação de (in)satisfação com a aparência física foi independentemente do número de cirurgias realizadas nos períodos pré e pós cirúrgicos;

- Em relação às categorias de resposta dos critérios A e B, observou-se que não houve efeito de intervenção apenas nas categorias 24 e 26, sendo, portanto, verificado efeito nas demais categorias.

- Em relação à avaliação das atitudes alimentares (EAT-26), não houve evidências de intervenção em relação ao risco para TA nos períodos pré e pós-operatórios;
  - Observou-se ainda que a presença ou não de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (EAT-26) foi independente do número de cirurgias realizadas;
  - Não foram verificadas evidências de associação entre acurácia na estimação do tamanho corporal (EFS: kg/m^2) e risco para desenvolvimento de TA nos tempo pré e pós cirúrgicos;
  - Verificou-se evidência de associação entre satisfação com o tamanho corporal (EFS: kg/m^2) e risco para desenvolvimento de TA antes da realização cirúrgica, sendo que 100% (n=20) das entrevistadas classificadas com Risco para TA estavam insatisfeitas com a IC; não houve evidência de associação entre as variáveis após a cirurgia;
  - Não se observou evidências de associação entre risco para desenvolvimento de TA e satisfação com a aparência física (BDDE) nos tempo pré e pós cirúrgicos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratamentos cirúrgicos estéticos tornam-se cada vez mais populares e aceitáveis para melhorar a aparência física. A insatisfação corporal, considerada normativa para as mulheres de países desenvolvidos e em desenvolvimento, é apontada como um dos principais fatores motivadores da busca por procedimentos cirúrgicos estéticos. A insatisfação com o tamanho, forma, medidas e distribuição da gordura corpórea, quando em demasia, pode se tornar patológico, causando angústia significante ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes da vida do indivíduo, caracterizando o TDC. Estas preocupações podem contribuir para a busca incessante de intervenções dermatológicas ou cirúrgicas a fim de "corrigir" um suposto "defeito" corporal, bem como para o desenvolvimento de transtornos alimentares, portanto, a avaliação de aspectos psicológicos, detecção de sinais e sintomas de TDC e de atitudes alimentares de risco à saúde é essencial, especialmente em candidatos à CPE.

Diante disso, destaca-se a importância de profissionais, como por exemplo, psicólogo/psiquiatra e nutricionista, atuando na equipe de saúde a fim de contribuir para uma seleção mais criteriosa desta população, o que torna mais viáveis medidas de prevenção e intervenção precoces mais efetivas em relação à saúde física e mental dos pacientes, garantido ainda resultados cirúrgicos mais satisfatórios, além de favorecer a diminuição dos gastos dos sistemas de saúde evitando possíveis desgastes emocionais e judiciais para as partes envolvidas.

Ressalta-se ainda que as participantes avaliadas no presente estudo podem ter passado por uma série de experiências, positivas ou negativas no período entre as avaliações, não "capturadas" nesta investigação. No entanto, o estudo fornece informações relevantes sobre a melhoria da imagem corporal seis meses após a cirurgia e que estes resultados corroboram com a maioria dos estudos da literatura meses e anos após procedimentos cirúrgicos estéticos. Estudos futuros nesta área, especialmente no Brasil, devem ser realizados com a avaliação de outras variáveis, diferentes abordagens metodológicas e o aumento do número de sujeitos irá favorecer a compreensão das características desta população.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS[1]

ABLA, L.E.F. Mastoplastia de Aumento. In: FERREIRA, L.M. (Org.). **Guia de cirurgia plástica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Manole, 2007. cap. 62, p. 533-538.

ADAMS, J. Motivational narratives annd assessements of the body after cosmetic surgery. **Qualitative Health Research,** v. 20, n. 6, p. 755-767, 2010.

AGRESTI, A. **Categorical Data Analysis.** 2.ed. New York: John Wiley, 1990.

ALAGOZ, M.S.; BASTERZI, A.D.; UYSAL, A.Ç.; TUZER, V.; UNLU, R.E.; SENSOZ, O. The psychiatric view of patients of aesthetic surgery: self steem, body image ande eating attitude. **Aesthetic plastic surgery.** 2003; 27: 345-8.

ALBERT, A.; ANDERSON, J.A. "On the Existence of Maximum Likelihood Estimates in Logistic Regression Models," **Biometrika,** 71, 1 -10, 1984.

ALDERMAN A.M.P.H.; PUSIC, A.; MURPHY, D.M.B.A. Prospective Analysis of Primary Breast Augmentation on Body Image Using the BREAST-Q: Results from a Nationwide Study. **Plastic Reconstructive Surgery,** v.137, n.6, p. 954–960, 2016.

ALGARS, M.; SANTTILA, P.; VARJONEN, M.; WITTING, K.; JOHANSSON, A.; JERN, P.; SANDNABBA, N.K. The adult body: How age, gender, and body mass index are related to body image. **Journal of Aging and Health**, v. 21, n. 8, p. 1112-1132, 2009.

ALMEIDA, E.G.; ALMEIDA JUNIOR, G.L. Abdominoplastia: Estudo Retrospectivo. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.23, n.1, p. 1-10, 2008.

ALVARENGA, M.; KORITAR, P. Atitude e comportamento alimentar – determinantes de escolhas e consumo. In: ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; In.: ANTONACCIO, C. (Orgs.). **Nutrição Comportamental.** 1 ed. Barueri: Manole, 2015. cap. 2, p. 23-50.

ALVARENGA, M.S.; PHILIPPI, S.T.; LOURENÇO, B.H.L.; SATO, P.M.; SCAGLIUSI F.B. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** v. 59, n.1, p.44-51, 2010 a.

ALVARENGA, M.S.; PEREIRA, R.F.; SCAGLIUSI, F.B.; PHILIPPI, S.T.; ESTIMA, C.C.P.; CROLL, J. Psychometric evaluation of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). **Appetite**, v.55, p.374-376, 2010 b.

ALVARENGA, M.S.; SCAGLIUSI, F.B.; PHILIPPI, S.T. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Revista de Psiquiatria Clínica,** v.38, n.1, p.3-7, 2011.

ALVES, E.; VASCONCELOS, F.A.G.; CALVO, M.C.M.; NEVES, J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo

[1] De acordo com a Associação Brasileira da Normas Técnicas. NBR 6023.

feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 503-512, 2008.

ALVES, S. H. C. T.; SANTANA, P. L. M.; SILVA, R. C. R.; PINTO, J. E.; ASSIS, O. M. A. Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador, Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 2, p. 55-63, 2012.

AMARAL, A.C.S.; FORTES, L.S.; FERREIRA, M.E.C. Imagem corporal e atividade física em mulheres que realizaram cirurgia estética. **HU Revista,** v. 37, n.1, p. 31-38, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5).** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014, 948p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).** 4. ed. Washington (DC):1994. 866p.

ANDREWS, J.M.; MARTINO, M.D.; DE FREITAS, F.P., 2007. História da Cirurgia Plástica. In: FERREIRA, L.M. (Org.). **Guia de cirurgia plástica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Manole, 2007. cap. 1, p. 3-11.

ANNIS, N.M.; CASH, T.F.; HRABOSKY, J.I. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. **Body Image**, v.1, n.2, p. 155-167, 2004.

ANTUNES, A.V.; POZZOBON, A.; PEREIRA, A.L.B. Avaliação Antropométrica, Autopercepção Corporal E Perfil Nutricional De Mulheres Adultas. **Revista Destaques Acadêmicos,** n. 3, p.41-50, 2011.

ARROYO, M.; GONZALEZ-DE-SUSO, J.M.; SANCHEZ, C.; ANSOTEGUI, L.; ROCANDIO, A.M. Body image and body composition: comparisons of young male elite soccer players and controls. **International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism**, v. 18, n. 6, p. 628-638, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP) 2012. **Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010 – IBOPE.** Disponível em: www.abep.org – abep@abep.org. Acesso em: 10 abr. 2012.

ASSUMPCAO, G.G. Lipoaspiração associada à miniabdominoplastia com abaixamento do umbigo sem desinserção umbilical. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.27, n.3, p. 450-456, 2012.

AVELAR, L.E.T.; LAPERTOSA, L.; VERSIANI, M.T. Óbitos pós-lipoaspiração. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica,** v.25, n.3, p.60, 2010.

AYUB FILHO, R.J.; LUCIANI, E.C. Cirurgia plástica na estética. In: PUJOL, A.P.P (Org.). **Nutrição aplicada à estética.** 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. cap. 18, p.243-252.

AZEVEDO, A.L.G.; PUJOL, A.P. Inflamação crônica e desordens estéticas. In: PUJOL, A.P.P (Org.). **Nutrição aplicada à estética.** 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. cap. 3, p.21-34.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; BROWN, G.K. **Manual for the Beck Depression Inventory**. 2nd ed. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
BETONI, F; ZANARDO, V. P. S.; CENI, G. C. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. **Revista ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3, p. 430-440, 2010.

BOLTON, M.A.; PRUZINSKY, T.; CASH, T.F.; PERSING, J.A. Measuring outcomes in plastic surgery: Body image and quality of life in abdominoplasty patients. **Plastic and Reconstructive Surgery,** v.112, n.2, p. 619–625, 2003.

BOZOLA, A., R.; BOZOLA, A.C.; CARRAZZONI, R.M. Inclusão De Próteses Mamárias De Silicone – Poliuretano. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.21, n.1, p.18-22, 2006.

BRANCO, L.M.; HILÁRIO, M.O.E.; CINTRA, I.P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.33, n.6, p.292-396, 2006.

BRASIL. Resolução Nº 1.711, De 10 De Dezembro de 2003. **Conselho Federal De Medicina, 2003.** Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASILEIRO, A.L.; MOURA, L.K.; SANTOS, P.C.M. **Prevenção da Trombose Venosa Profunda no Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida.** p.1-12, 2003. Disponível em: http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/trombose-pos-cirurgico.pdf. Acesso: 02/02/2016.

BROWN, T.A.; CASH, T.F.; MIKULKA, P.J. Attitudinal body image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. **Journal of Personality Assessment,** v.55, n.1-2, p. 135-44, 1990.

BRINTON, L.A.; LUBIN, J.H.; MURRAY, M.C.; HOOVER, R.N. Mortality rates among augmentation mammoplasty patients: An update. **Epidemiology,** v.17, p. 162-169, 2006.

BUHLMANN, U. et al. Updates on the prevalence of body dyrmorphic disorder: a population based survey. **Psychiatry Research**, v. 178, n. 1, p. 171-175. Jun. 2010.

CAMPANA, A. N. N. B.; FERREIRA, L.; TAVARES, M. C. G. C. F. Associação e diferenças entre homens e mulheres na aceitação da cirurgia plástica estética no Brasil. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, n. 27, v. 1, p. 108-14, 2012.

CAMPANA, A.N.N.B.; TAVARES, M.C.G.C.F. **Avaliação da Imagem Corporal: Instrumentos e diretrizes para a pesquisa.** São Paulo: Phorte, 2009. 230 p.

CARMELLO, F.A.; VINHOLES, D.B.; FELDENS, V.P. Avaliação da autoestima no pré-operatório de pacientes submetidas à cirurgia plástica estética em uma clínica privada de Tubarão – SC. **Arquivos Catarinense de Medicina**, v.42, n.2, p.75-80, 2013.

CARRION, C.; WEINBERGER-LITMAN, S.; FOGEL, F.F. Predictors of attitudes toward cosmetic surgery among U.S. and Colombian college women: the roles of eating behaviors

and demographic variables. **Avances en Psicología Latinoamericana,** v.29, n.2, p. 276-294, 2011.

CARVALHO, L.M.F. **Hábitos e preferências alimentares de crianças e adolescentes matriculados no ensino fundamental da rede pública da cidade de Bauru: análise de fatores ambientais no estudo da obesidade**. 2004, 36 f. Projeto de Pesquisa (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CASH, T.F. Body-image attitudes among obese enrollees in a commercial weight-loss program. **Perceptual and Motor Skills**, v.77, n. 3, p. 1099-1103, 1993.

CASH, T.F. Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Orgs.). **Body Image: a handbook of science, practice and prevention.** New York: Guilford Press, 2002. 2. ed. cap.5, p. 39-47.

CASH, T.F. The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. **International Journal Eating Disorder**, v.32, p. 362–366, 2002.

CASH, T.F. **User's Manual for the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire**. MBSRQ USER'S MANUAL. 3. ed., 2005.

CASH, T.F.; DUEL, L.A.; PERKINS, L.L. Women's psychosocial outcomes of breast augmentation with silicone gel-filled implants: a 2-year prospective study. **Plastic Reconstruction Surgery,** v. 109, p.2112-2121, 2002.

CASH, T.F.; FLEMING, E.C. The impact of body-image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. **International Journal Eating Disorder**, v.31, p. 455-460, 2002.

CASH, T.F; PRUZINSKY, T. **Body image**: a handbook of theory, research e clinical practice. New York (USA): Guilford Press, 2004. p. 132-140.

CASH; T.F.; SMOLAK, L. Understanding Body Image. In: CASH, T.F.; SMOLAK. **Body Image: a handbook of science, pratice and prevention.** New York: Guilford Press. 2. ed. cap.1, 2011, p.3-11.

CATANIA, A.C. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição.** 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. 470 p.

CECCHETTO, F.H.; BARBIERI PEÑA, D.; CAMPOS PELLANDA, L. Insatisfação da imagem corporal e estado nutricional em crianças de 7 a 11 anos: Estudo transversal. **Clinical & Biomedical Research**, v.35, n.2, p. 86-91, 2015.

CHAIM, J.; IZZO, H.; SERA. C.T.N. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v.33, n.2, p.175-181, 2009.

CHEN, C.L.; SHORE, A.D.; JOHNS, R.; CLARK, J.M.; MANAHAN, M.; MAKARY, M.A. The impact of obesity on breast surgery complications. **Plastic Reconstructive Surgery.** v.128, n.5, p.395-402, 2011.

CHEN, H.C.; KARRI V.; CHUNG, K.P.; YANG, M.C. Psychological profile of Taiwanese female cosmetic surgery candidates: understanding their motivation for cosmetic surgery. **Aesthetic Plastic Surgery,** v. 34, n. 3, p. 340-349, 2010.

CHENG, S.T.; HAMID, P.N. Na error in the use of translated scales: the Rosenberg self-esteem scale for Chinese. **Percept Mot Skills**, v.81, p.431-434, 1995.

CINGI, C.; SONGU, M.; BAL, C. Outcomes research in rhinoplasty: body image and quality of life. **American Journal of Rhinology & Allergy**, v. 25, n. 4, p. 262-267, 2011.

COELHO, F.D. **(In) Satisfação Corporal em Mulheres Submetidas à Cirurgia Plástica.** 2013. 121f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora/MG, 2013.

COELHO, F.D.; CARVALHO, P.H.B.; FORTES, L.F.; PAES, S.T.; FERREIRA, M.E.C. Insatisfação corporal e influência da mídia em mulheres submetidas à cirurgia plástica. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica,** v.30, n.4, p. 567-573, 2015.

COHEN, J. A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. **Educational and Psychological Measurement,** v. 20, p. 37–46, 1960.

COLLEEN M.M.; CANO, S.J.; KLASSEN, A.F.; SCOTT, A.B.; VAN LAEKEN, N.; LENNOX, P.A.; CORDEIRO, P.G.; PUSIC, A.L. The Magnitude of Effect of Cosmetic Breast Augmentation on Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life. **Plastic & Reconstructive Surgery,** v.130, p.218-223, 2012.

CONRADO, L.A. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos**. Anais Brasileiros de Dermatologia,** v. 84, n. 6, p. 569-581, 2009.

CORDAS, T. A. Cirurgia plástica e transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** v.27, n.4, p.347-347, 2005.

CORIDDI, M.; NADEAU, M.; TAGHIZADEH, M.; TAYLOR, A. Analysis of satisfaction and well-being following breast reduction using a validated survey instrument: the BREAST-Q. **Plastic Reconstructive Surgery**, v.132, p. 285–290, 2013.

COSTA, A.N.; MENDES, D.M.; TOUFEN, C.; ARRUNÁTEGUI, G.; CARUSO, P.; CARVALHO, C.R. Adult respiratory distress syndrome due to fat embolism in the postoperative period following liposuction and fat grafting. **Jornal Brasileiro de Peneumologia,** v.34, n.8, p. 622-625, 2008.

COSTA, F. R. **CPS: Escala de Personalidade de Comrey**. 2. ed. São Paulo, SP: Vetor, 2003.

COSTA, R.C.; YAMAGUCHI, N.; SANTO, M.A.; RICCIOPPO, D.; PINTO-JUNIOR, P.E. OUTCOMES ON QUALITY OF LIFE, WEIGHT LOSS, AND COMORBIDITIES AFTER ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS. **Arquivos de Gastroenterologia.** São Paulo, v. 51, n. 3, p. 165-170, 2014.

COUGHLIN, J.W.; SCHREYER, C.C.; SARWER, D.B.; HEINBERG, L.J.; REDGRAVE, G.W.; GUARDA, A.S. BODY IMAGE. Cosmetic surgery in inpatients with eating disorders: attitudes and experience. **Epub**, v.9, n.1, p. 180-183, 2012.

COUTINHO, V.F.; AZEVEDO, C.H.; NUNES, M.L; MOURA, C.C.; ROSA, G.V.R.; LIMA, J.R.; MACHADO, R.V. Relação do estado nutricional com a percepção e a satisfação da imagem corporal de adolescentes inseridos em programa de inclusão social em Porto Alegre, RS. **EFDeportes.com, Revista digital,** v.15, n.166, 2012. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd166/estado-nutricional-com-a-percepcao-da-imagem-corporal.htm>. Acesso em: 10/03/2015.

COUTINHO, W.; DUALIB, P. Etiologia da Obesidade. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 22, p. 265-272.

COZBY, P.C. **Métodos de Pesquisa em Ciência do Comportamento.** São Paulo: Atlas, 2003. 454p.

CUPELLO, A.M.B.; DORNELAS, M.; ABOUDIB JUNIOR, J.H.; DE CASTRO, C.C.; RIBEIRO, L.C.; SERRA, F. Intercorrências e óbitos em lipoaspiração: pesquisa realizada pela comissão de lipoaspiração da SBCP. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.30, n.1, p. 58-63, 2015.

CUZZOLARO, M.; VETRONE, G.; MARANO, G.; GARFINKEL, P.E. The body uneasiness test (BUT): Development and validation of a new body image assessment scale. **Eating Weight Disorder,** v. 11, p. 1-13, 2006.

DA SILVA, D.B.; NAHAS, F.X.; BUSSOLARO, R.A.; DE DE BRITO, M.J.; FERREIRA, L.M. The increasing growth of plastic surgery lawsuits in Brazil. **Aesthetic Plastic Surgery,** v.34, n.4, p.541-542, 2010.

DALTRO, C.H.; FONTES, F.H.O.; ROGÉRIO, S.J.; GREGORIO, P.B.; ARAÚJO, L. M.B. Síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono: associação com obesidade, gênero e idade**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica,** v.50, n.1, p.74-81, 2006.

DANIEL, C.G.; GUIMARÃES, G.; AERTS, D.R.G.C.; RIETH, S.; BAPTISTA, R. R.; JACOB, M.H.V.M. Imagem corporal, atividade física e estado nutricional em adolescentes no sul do Brasil. **Aletheia,** n.45, p. 128-138, 2014.

DARISI, T.; THORNE, S., IACOBELLI, C. Influences on decision-making for undergoing plastic surgery: a mental models and quantitative assessment. **Plastic Reconstructive Surgery,** v.116, n.3, p.907-916, 2005.

DAVIDIAN, M.; GILTINAN, D. M. **Nonlinear models for repeated measurement data.** London: Chapman and Hall, 1995. 359p.

DAVISON, T.E.; MCCABE, M.P. Relationships Between Men's and Women's Body Image and Their Psychological, Social and Sexual Functioning. **Sex Roles**, v.52, n.7, p.463-475, 2005.

DE BRITO, M.J.; SABINO NETO, M.; OLIVEIRA, M.F.; CORDÁS, T.A.; DUARTE, L.S.; ROSELLA, M.F.; FELIX, G.A.; FERREIRA, L.M. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS): Brazilian Portuguese translation, cultural adaptation and validation. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** v. 37, p. 310-316, 2015.

DE BRITO, M.J.; NAHAS, F.X.; BARBOSA, M.V.; DINI, G.M.; KIMURA, A.K.; FARAH, A.B.; FERREIRA, L.M. Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem, and mental health. **Ann Plastic Surgery**, v.65, n.1, p. 5-10, 2010.

DE BRITO, M.J.; NAHAS, F.X.; CORDÁS, T.A.; TAVARES, H.; FERREIRA, L.M. Body Dysmorphic Disorder in Patients Seeking Abdominoplasty, Rhinoplasty, and Rhytidectomy. **Plastic Reconstructive Surgery,** v.137, n.2, p.462-471, 2016.

DE BRITO, M.J.A. **Prevalência de Sintomas do Transtorno Dismórfico Corporal em População Candidata à Abdominoplastia, Rinoplastia e Ritidoplastia**. 2011. 223 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo/SP, 2011.

DE BRITO, M.J.A.; NAHAS, F.X.; ORTEGA, N.R.S.; CORDÁS, T.A.; DINI, G.M.; NETO, M.S. Support system for decision making in the identification of risk for body dysmorphic disorder: a fuzzy model. **International journal of medical informatics**, v.82, n.9, p.844-853, 2013.

DEROGATIS; L.R.; LIPMAN, R.S.; RICKELS, K.; UHLENHUTH, E.H.; COVI, L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. **Behavior Science**, v.19, p.1-15, 1974.

DI PIETRO, M. C; SILVEIRA, D. X. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 1, p. 21-4, 2009.

DI PIETRO, MC. **Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ - "Body Shape Questionnaire" em uma população de universitários.** 2001. 39f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo/SP, 2001.

DIDIE, E.R.; KUNIEGA-PIETRZAK, T.; PHILLIPS, K.A. Body image in patients with body dysmorphic disorder: evaluations of and investment in appearance, health/illness, and fitness. **Body Image,** v.7, n.1, p.66-69, 2010.

DINI GM, QUARESMA MR, FERREIRA LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.19, n.1, p.41-52, 2004.

DOS REIS, C.M.; DE MELO, N.R.; MEIRELLES, E.S.; VEZOZZO, D.P.; HALPERN A. Body composition, visceral fat distribution and fat oxidation in postmenopausal women using oral or transdermal o estrogen. **Maturitas,** v.46, n.1, p.59-68, 2003.

DOWLING, N.A.; JACKSON, A.C.; HONIGMAN, R.J.A Comparison of the Psychological Outcomes of Cosmetic Surgical Procedures. **Plastic Surgery: An International Journal**, v. 2013, p. 1-9, 2013.

DUXBURY, P.J.; HARVEY, J.R. Systematic review of the effectiveness of polyurethane-coated compared with textured silicone implants in breast surgery. **Journal Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery,** v. 69, n. 4, p. 452-60, 2006.

FERRARO, G.A.; ROSSANO, F.; D´ANDREA, F. Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. **Aesthetic Plastic Surgery,** 29, 184-189, 2005.
FERRAZ, S.B.; SERRALTA, F.B. The plastic surgery impact on self-steem. **Estudos e Pesquisas em Psicologia,** UERJ, RJ, v. 7, n. 3, p. 557-569, 2007.

FERREIRA, A.A.; MENEZES, M.F.G.; TAVARES, E.L.; NUNES, N.C.; SOUZA, F. P.; ALBUQUERQUE, N. A.F.; PINHEIRO, MENDES, M.A. Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v.17, n.2, p. 289-301, 2014.

FERREIRA, M.C.; LEITE, N.G.M. Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal. **Avaliação Psicológica**, 2, 141-149, 2002.

FEUSNER, J.D.; YARYURA-TOBIAS, J.; SAXENA, S. The pathophysiology of body dysmorphic disorder. **Body Image,** v.5, n.1, p.3-12, 2008.

FINATO, S.; RECH, R.R.; MIGON, P.; GAVINESKI, I.C.; TONI, V.; HALPERN, R. Insatisfação com a imagem corporal em escolares do sexto ano da rede municipal de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul. **Revista paulista de pediatria**, v.31, n.1 p.65-70, 2013.

FORTES, L.S.; FILGUEIRAS, J.F.; FERREIRA, M.E.C. Risk behaviors for eating disorders and depressive symptoms: a study of female adolescents in Juiz de Fora, Minas Gerais State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública,** v.30, n.11, p. 2443-2450, 2014.

FORTES, L.S.; MEIRELES, J.F.F.; NEVES, C.M.; ALMEIDA, S.S.; FERREIRA, M.E. C. FRANCO, F.F.; BASSO, R.C.F.; TINCANI, A.J.; KHARMANDAYAN, P. Complicações em lipoaspiração clássica para fins estéticos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.27, n.1, p.135-140, 2012.

FORTES, L.S.; MEIRELES, J.F.F.; NEVES, C.M.; ALMEIDA, S.S.; FERRERIA, M.E.C. Autoestima, insatisfação corporal e internalização do ideal de magreza influenciam os comportamentos de risco para transtornos alimentares?. **Revista de Nutrição**,v.28, n.3, p.253-264, 2015.

FREDERICK, D.A.; LEVER, J.; PEPLAU, L.A. Interest in Cosmetic Surgery and Body Image: Views of Men and Women across the Lifespan. **Plastic & Reconstructive Surgery:** v.120, n.5, p.1407-1415, 2007.

FREIRE; SILVA; 2007; Lipoabdominoplastia. In: FERREIRA, L.M. (Org.). **Guia de cirurgia plástica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Manole, 2007. cap. 88, p. 723-727.

FREITAS, C.M.S.M.; LIMA, R.B.T.; COSTA, A.S.; LUCENA FILHO, A. O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. **Revista Brasileira de Educação Física do Esporte,** v.24, n.3, p.389-404, 2010.

FRIEDMAN, M.A.; DIXON, A.E.; BROWNELL, K.D.; WHISMAN, M.A.; WILFLEY, D.E. Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction. **International Journal Eating Disorders,** v.26, n.1, p. 81-85, 1999.

FORBES, B.; FREDERICK, D.A. The UCLA Body Project II: Breast and Body Dissatisfaction among African, Asian, European, and Hispanic American College Women. **Sex Roles**, v.58, p.449-457, 2008.

GABBAY, V.; ASNIS, G.M.; BELLO, J.A.; ALONSO, C.M.; SERRAS, S.J.; O'DOWD, M.A. New onset of body dysmorphic disorder following frontotemporal lesion. **Neurology,** v. 61, p.123-125, 2003.

GABRIEL, S.E.; WOODS, J.E.; O'FALLON, W.M.; BEARD, C.M.; KURLAND, L.T.; MELTON, L.J. Complications leading to surgery after breast implantation. **The New England Journal of Medicine,** v. 82, p. 336-677, 1997.

GARCIA, A.F.E**. Imagem Corporal E Estado Nutricional: Um Estudo de Observação Em Mulheres no Período Pré-Operatório de Cirurgia Plástica Estética.** 2016. Dissertação de Mestrado em Andamento - Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

GARDNER, R. M., BROWN, D. L. Body image assessment: a review of figural drawing scales. **Personality an Individual Differences**, v.48, p. 107-111, 2010.

GARDNER, R.M. PERCEPTUAL Measures of Body Image for Adolescents and Adults In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Orgs.). **Body Image: a handbook of science, practice and prevention.** New York: Guilford Press, 2002. 2. ed. cap.17, p. 146-153.

GARDNER, R.M.; FRIEDAN, B.N.E.; JACKSON, N.A. Methodological corcerns when using silhouettes to measure body image. **Perceptual and motor skills,** v. 86, p. 981-993, 1998.

GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, v.9, p. 273-279, 1979.

GARNER, D.M.; OLMSTED, M.P.; BOHR, Y.; GARFINKEL, P.E. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. **Psychological Medicine,** v.12, p.871-878, 1982.

GIULIANI, N.R.; NETO, H.I.C.; COLFERAI, D.R.; SÁ, L.V.; FROTA, R.C.; VERISSIMO P. Variação do peso corporal após abdominoplastia no período de 5 anos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica,** v.28, n.3, p. 84, 2013.

GOLÇALVES, J.S. Terapia Cognitivo-Comportamental e a Atuação do Nutricionista. In.: SUZUKI, V.Y.; SCHNEIDER, A.P. (Orgs.). **Atendimento Nutricional Em Cirurgia**

Plástica – Uma Abordagem Multidisciplinar. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 14, p.127-135.

GOLDBERG, D.P., WILLIAMS, P. A User's Guide to the General Health Questionnaire, NFER-Nelson, Windsor. **Plastic Surgical Nursing**, v.1, p. 16-36, 1988.

GONÇALVES, T.D.; BARBOSA, M.P.; ROSA, L.C.L.; RODRIGUES, A.M. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 166-170, 2008.

GRAZER, F.M.; DE JONG, R.H. Fatal outcomes from liposuction: census survey of cosmetic surgeons. **Plastic Reconstructive Surgery**, v. 105, p. 436-446, 2000.
GROSSI, E.; GROTH, N.; MOSCONI, P.; CERUTTI, R.; PACE, F. Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S). **Health Qual Life Outcomes**, v. 4, p. 88-96, 2006.

GUPTA,V.; WINOCOUR, J.; RODRIGUEZ-FEO, C.; BAMBA, R.; SHACK R.B.; GROTTING, J.C.; HIGDON, K.K. Safety of Aesthetic Surgery in the Overweight Patient: Analysis of 127,961 Patients. **Aesthet Surgery Journal**, v.36, n.6, p. 718-29, 2016.

HAAS, C. F.; CHAMPION, A.; SECOR, D. Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature. **Plastic Surgery Nursing**, v. 28, n. 4, p. 177- 182, 2008.

HAMMOND, C.A. Avaliação Dietética e Clínica. In: MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. (Orgs.). **Alimentos, Nutrição & Dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005. cap. 17, p. 391-418.

HANDEL, N.; CORDRAY, T.; GUTIERREZ, JENSEN, A.J.J. A Long-Term Study of Outcomes, Complications, and Patient Satisfaction with Breast Implants. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v.117, n. 3, p. 5-11, 2006.

HENDERSON-KING, D.; BROOKS, K.D. Materialism, sociocultural appearance messages, and parental attitudes predict college women's attitudes about cosmetic surgery. **Psycholical Women,** v.33, n.1, p.133-142, 2009.

HIRATA, E.; PILATI, R. Desenvolvimento e validação preliminar da Escala Situacional de Satisfação Corporal - ESSC. **Psico-USF,** v.15, n.1, p. 1-11, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (2010). **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF-2008-2009).** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>. Acesso em: 01 dez. 2014.

INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY (ISAPS). **International Survey on Aesthetic/Cosmetic. Procedures Performed in 2015. Disponível em:** <https://www.isaps.org/news/isaps-global-statistics>. Acesso em: 08/08/2016.

JAVÓ, I.M.; PETTERSEN, G.; ROSENVINGE, J.H.; SORLIE, T. Prediting interest in liposuction among women with eating problems: A population-based study. **Body Image,** v.9, p.131-136, 2012.

JAVO, I.M.; SØRLIE, T. Psychosocial characteristics of young Norwegian women interested in liposuction, breast augmentation, rhinoplasty, and abdominoplasty: a population-based study. **Plastic Reconstructive Surgery,** v.125, n.5, p.1536-1543, 2010.

JORGE, R.T.; SABINO, N.M.; NATOUR, J.; VEIGA, D.F.; JONES, A.; FERREIRA, L.M. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. **Sao Paulo Medical Journal**, v.126, n.2, p. 87-95, 2008.

JUNQUEIRA, A.C.P. **Construção de escalas de silhuetas brasileiras para ciranças entre quatro e seis anos de idade.** 2016. 117f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia, Faculdade de Filosofia Ciência e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, 2016.

KAKESHITA, I.S.; ALMEIDA, S.S. Relationship between body mass index and self-perception among university students. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 1-7, 2006.

KAKESHITA, I.S.; SILVA, A.I.P.; ZANATTA, S.D.; ALMEIDA, S.S. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** Brasília, v. 25, 263-270, 2009.

KAMIMURA, M.A.; BAXMANN, A.; SAMPAIO, L.R.; CUPARI, L. Avaliação Nutricional. In: CUPARI, L. (Org.). **Nutrição Clínica no Adulto**. 2. ed. Barueri: Manole, 2005. cap.6. p. 89-115.

KNORR, N.J.; EDGERTON, M.T.; HOOPES, J.E. The "insatiable" cosmetic surgery patient. KORAN, L.M.; ABUJAOUDE, E.; LARGE, M.D.; SERPE, R.T. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. **CNS Spectrums,** v.13, p.316-322, 2008.

KOTAIT, M.S.; BARILLARI, M.L.; CONTI, M.A. Escalas de Avaliação de Comportamento Alimentar. In: CORDÁS, T.A.; KACHANI, A.T. (Orgs.). **Nutrição e Psiquiatria.** 1. ed. São Paulo: Artmed, 2010. cap.4, p. 59-76.

KRONENFELD, L.W.; REBA-HARRELESON, L.; HOLLE, A.V.; REYES, M.L.; BULIK, C.M. Ethnic and Racial Differences in Body Size Perception and Satisfaction. **Body Image,** v.7, n.2. p.131–136, 2010.

LAI, C.S.; LEE, S.S.; YEH, Y.C.; CHEN, C.S. Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. **Kaohsiung Journal Medicine Science,** v.26, n.9, p.478-482, 2010.

LEHNHARDT, M.; HOMANN, H.H.; DAIGELER, A.; HAUSER, J.; PALKA, P.; STEINAU, H.U. Major and lethal complications of liposuction: a review of 72 cases in Germany between 1998 and 2002. **Plastic Reconstructive Surgery,** v. 121, p.396-403, 2008.

LEITE, A.C.B.; FERRAZZI, N.B., MEZADRI, T.; HÖFELMANN, D.A. Insatisfação corporal em escolares de uma cidade do Sul do Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v.24, n.1, p.54-61, 2014.

LI, W.; ARIENZO, D.; FEUSNER, J.D. Body Dysmorphic Disorder: Neurobiological Features and an Updated Model. **Z Klin Psychol Psychother,** v.42, n.3, p.184-191, 2013.

LOHMAN, T.G. **Advances in body composition assessment.** Current issues in exercise science series. Monograph No. 3. Champaign: Human Kinetics Books, 1992.160p.

LUNDE, C. Acceptance of cosmetic surgery, body appreciation, body ideal internalization, and fashion blog reading among late adolescents in Sweden. **Body Image**, v.10, n.4, p. 632-635, 2013.

MAGALHÃES, V.C.G.; MENDONÇA, A.S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v.8, n.3, p.236-245, 2005.

MANAHAN, M.A.; BURETTA, K.J.; CHANG, D.; MITHANI, S.K.; MALLALIEU, J.; SHERMAK, M.A. An outcomes analysis of 2142 breast reduction procedures. **Ann Plastic** Surgery, v.74, n.3, p. 289-292, 2015.

MANJREKAR, E.; BERENBAUM, H. Exploring the utility of emotional awareness and negative affect in predicting body satisfaction and body distortion**. Body Image,** v.9, n.4, p. 495-502, 2012.

MARGRAF, J.; MEYER, A.H.; LAVALLEE, K.L. Well-Being From the Knife? Psychological Effects of Aesthetic Surgery**. Clinical Psychological Science,** v.1, n.3, p. 239–252, 2013.

MATHEW, S.J.P. Variant and body dysmorphic disorder. **American Journal Psychiatry**, p.158-963, 2001.

MATTEI, V.E.D.; BAGLIACCA, E.P.; AMBROSI, A.; LANFRANCHI, L.; PREIS, F.B.; SARNO, L. The Impact of Cosmetic Plastic Surgery on Body Image and Psychological Well-Being: A Preliminary Study. **International Journal of Psychology & Behavior Analysis**, v. 1, n.103, p. 1-6, 2015.

MATTEI, V.E.D.; BAGLIACCA, E.P.; LUCA LAVEZZARI, DI PIERRO R.; CARNELLI, L.; ZUCCHI, P.; PREIS, F.B.; SARNO, L. Body Image and Personality in Aesthetic Plastic Surgery: A Case-Control Study. **Open Journal of Medical Psychology,** v. 4, p. 35-44, 2015.

MAZZEO, S.E.; TRACE, S.E.; MITCHELL, K.S.; GOW, R.W. Effects of a reality TV cosmetic surgery makeover program on eating disordered attitudes and behaviors. **Eating Behaviors,** v. 8, 390-397, 2007.

McCABE M. P.; RICCIARDELLI, L.A; SITARAM, G.; MIKHAIL, K. Accuracy of body size estimation: role of biopsychosocial variables. **Body Image**, v. 3, n. 2, p. 163-171, 2006.

MCCARTHY, C.M.; CANO, S.J.; KLASSEN, A.F.; SCOTT, A.; VAN LAEKEN, N.; LENNOX, P.A.; CORDEIRO, P.G.; PUSIC, A.L. The Magnitude of Effect of Cosmetic Breast Augmentation on Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life. **Plastic & Reconstructive Surgery**, v.130, n.1, p.218-223, 2012.

MCINTOSH, V.V.; BRITT, E.; BULIK, C.M. Cosmetic breast augmentation and eating disorders. **N Z Medicine Journal**, v.107, n.976, p.151-152, 1994.

MCKINLEY, N.M. Feminist Perspectives on Body Image. In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Orgs.). **Body Image: a handbook of science, practice and prevention.** New York: Guilford Press, 2002. 2. ed. cap.6, p. 48-55.

MENEZES, T.N.; DE BRITO, K.Q.D.; OLIVEIRA, E.C.T.; PEDRAZA, D. F. Percepção da imagem corporal e fatores associados em idosos residentes em município do nordeste brasileiro: um estudo populacional. **Ciência e saúde coletiva**, v.19, n.8, p. 3451-3460, 2014.

MENINGAUD, J.P.; BENADIBA, L.; SERVANT, J.M.; HERVE, C.; BERTRAND, J.C.; PELICIER, Y. Depression, anxiety and quality of life among scheduled cosmetic surgery patients: Multicentre prospective study. **Journal of Cranio - Maxilofacial Surgery,** 29, p.177-180, 2001.

MIRANDA, D.E.G.A; BUENO DE CAMARGO, L.R.; BRAGA COSTA, T.M.; PEREIRA, R.C.G. **Manual nutricional do adulto e do idoso.** Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 119p.

MOTA, D. C. L. **Comportamento Alimentar, ansiedade depressão e Imagem Corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.** 2012. 150 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós Graduação em Psicobiologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MOTA, D.C.L.; BRAGA COSTA, T.M.; ALMEIDA, S.S. Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Psicologia teoria e prática**, v.16, n.3, p. 100-113, 2014.

MOTA, D.C.L.; LAUS, M.F.; ALMEIDA, S.S.; BRAGA COSTA, T.M.; MOREIRA, R.C.M. Imagem Corporal e suas Relações com a Atividade Física e o Estado Nutricional em Adolescentes. **Psico**, v. 43, n. 2, pp. 237-242, 2012.

MULKENS, S.; BOS, A.E.; ULEMAN, R.; MURIS, P.; MAYER, B.; VELTHUIS P.Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients. **Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery**, v. 65, n. 3, p. 321-327. Mar. 2012.

NAHAS, F.X.; BARBOSA, M.V.J.; FERREIRA, L.M. Lipoaspiração - Técnicas. In: FERREIRA, L.M. (Org.). **Guia de cirurgia plástica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Manole, 2007. cap. 86, p. 709-727.

NAVES, A. Fisiopatologia e Regulação Funcional da Obesidade. Livro tratado de nutrição pg. 591 cp. 38. In: SILVA, S.M.C.S; MURA, J.D.P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia.** São Paulo: Roca, 2007. cap. 38, p. 591- 610.

NAZARÉ, B.; MOREIRA, H.; CANAVARRO, M.C. Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência – Revisto (ASI-R). **Laboratório de Psicologia,** v., 8, n.1, p.21-36, 2010.

NEAL, H.; GUTIERREZ, J.; CORDRAY, T.; JENSEN, A. J. **Plastic and Reconstructive Surgery,** v.117, n.3, p.757-767, 2006.

NEAMAN, K.C.; HANSEN, J.E. Analysis of complications from abdominoplasty: a review of 206 cases at a university hospital. **Ann Plastic Surgery,** v.58, n.3, p. 292-298, 2007.

NELSON, J.A.; FISCHER, J.P.; CHUNG, C.U.; WEST, A.; TUGGLE, C.T.; SERLETTI, J.M.; KOVACH, S.J. Obesity and early complications following reduction mammaplasty: an analysis of 4545 patients from the 2005-2011 NSQIP datasets. **Plastic Surgery Hand Surgery,** v.48, n.5, p. 334-339, 2014.

NUNES, M.A.; CAMEY, S.; OLINTO, M.T.A.; MARI, J.J. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research,** n.38, p. 1655-62, 2005.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: O papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, v.15, n.3, p.575-582, 2010.
OLIVEIRA, S.S.; CIBANTOS, J.S.; RIPARI, W.T.; AGUILAR-NASCIMENTO, J.E. Impacto do volume de gordura aspirado na resistência insulínica após lipoaspiração. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.40, n.1, p. 17-22, 2013.

OLIVEIRA, V.M.; LINARDI, R.C.; AZEVEDO, A.P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Obesity:** Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, (Technical Report Series), n. 894, p. 1-253, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee.** Geneva: WHO, (Technical Report Series), 1995.

ORGENSEN, L., CASTLE, D.; ROBERTS, C.; GROTH-MARNAT, G. "A Clinical Validation of the Dysmorphic Concern Questionnaire,"**Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,** v.35, n.1, p. 124-128, 2001.

OSTOVICH, J. M.; ROZIN, P. Body image across three generations of Americans: Inter-family correlations, gender differences, and generation differences. **Eating and Weight Disorders,** v.9, p. 186-193, 2004.

PAIVA, R.A.; PITANGUY, I.; AMORIM, N.F.G.; BERGER, R.; SHDICK, H.A.; HOLANDA, T.A. Tromboembolismo venoso em cirurgia plástica: protocolo de prevenção na Clínica Ivo Pitanguy. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.25, n.4, p. 583-588, 2010.

PALUDO, J.; DALPUBE, V. Imagem corporal e sua relação com o estado nutricional e a qualidade de vida de adolescentes de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Nutrire,** v.40, n.1, p.1-9, 2015.

PANAZZOLO, D.; DA SILVA, L.; LEÃO, L.; DE AGUIAR, L. Efeitos da terapia hormonal da menopausa sobre a gordura corporal. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v 13, n.1, p. 47-53, 2014.

PAVAN, C.; SIMONATO, P.; MARINI, M; MAZZOLENI, F.; PAVAN, L.; VINDIGNI, V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. **Aesthetic Plastic Surgery,** v.32, n.3, p. 473-484, 2008.

PAXTON, S. J.; EISENBERG, M. E.; NEURNARK-SZTAINER, D. Prospective Predictors of Body Dissatisfaction in Adolescent Girls and Boys: A Five-Year Longitudinal Study. **Developmental Psychology**, v. 42, n. 5, p.888-899, 2006.

PECORARI, G.; GRAMAGLIA, C.; GARZARO, M.; ABBATE-DAGA, G.; CAVALLO, G.P.; GIORDANO, C. Self-esteem and personality in subjects with and without body dysmorphic disorder traits undergoing cosmetic rhinoplasty: preliminary data. **Journal Plastic Reconstructive Aesthetetic Surgery,** v.63, n.3, p. 493-498, 2010.

PELEGRINI, A.; SACOMORI, C.; SANTOS, M.C.; SPERANDIO, F.F.; CARDOSO, F.L.C. Body image perception in women: prevalence and association with anthropometric indicators. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.16, n.1, p.58-65, 2014.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; GATTIBONI, B.D.; BEVILACQUA, L.A.; CONFORTIN, S.C.; DA SILVA, T.R. Percepção da imagem corporal e nível socioeconômico em adolescentes: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, v.29, n.3, p. 423-429, 2011.

PETROSKI, E.L.; PELEGRINI, A.; GLANER, M.F. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes**. Ciências e saúde coletiva**, v.17, n.4, p.1071-1077 2012.

PHILLIPS, K. A. Body image and body dysmorphic disorder. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (Org.). **Body image: a handbook of science, practice, and prevention.** New York: The Guilford Press, 2002. p. 305-313.

PHILLIPS, K. A.; DUFRESNE, R.G.JR.; WILKEL, C.S.; VITTORIO, C.C. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. **Journal of the American Academy of Dermatology,** v. 42, n. 3, p. 436-441, 2000.

PHILLIPS, K.A.; GRANT, J.; SINISCALCHI, J.; ALBERTINI, R.S. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. **Psychosomatics,** v. 42, p.504–510, 2001.

PHILLIPS, K.A.; MENARD, W.; FAY, C. WEISBERG R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. **Psychosomatics**, v.46, p.317-325, 2005.

PHILLIPS, K.A.; WILHELM, S.; KORAN, L.M.; DIDIE, E.R.; FALLON, B.A.; FEUSNER J.; STEIN, D.J. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. **Depress Anxiety.** V.27, n.6, p.573-591, 2010.

PINHEIRO, P.N.; JIMÉNEZ, M. Percepção e insatisfação corporal: um estudo em crianças brasileiras. **Psico,** v. 41, n. 4, p. 510-516, 2010.

PITANGUY, I. Aspectos filosóficos e psicossociais da Cirurgia Plástica. In: MELLO-FILHO, J. **Psicossomática hoje.** Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1992. p. 264-272.

PITANGUY, I.; AMORIM, N.F.G.; FERREIRA, A.V.; BERGER, R. Análise das trocas de implantes mamários nos últimos cinco anos na Clínica Ivo Pitanguy. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.25, .4, p 668-674, 2010.

POLE, M.; CROWTHER, J.H.; SCHELL, J. Body dissatisfaction in married women: the role of spousal influence and marital communication patterns. **Body Image,** v.1, n.3, p.267-278, 2004.

POLLICE, R.; BIANCHINI, V.; GIULIANI, M.; ZOCCALI, G.; TOMASSINI, A. Early diagnosis of Dysmorphophobia and other Dysmorphic Disorders: a possible operative model. **Revista Clinica Terapêutica**, v.160, p. 5-10, 2009.

PSICOLATO, F.; FIGEUIREDO, M.; PAULINO, E.; ALVARENGA, M. Terapia cognitivo-comportamental na nutrição. In: ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; ANTONACCIO, C. (Orgs.). **Nutrição Comportamental.** 1 ed. Barueri: Manole, 2015. cap. 13, p. 303-336.

PUJOL, A.P. Alimentação no pré e no pós-operatório de cirurgia estética. In: PUJOL, A.P.P (Org.). **Nutrição aplicada à estética.** 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. cap. 19, p.265-276.

PUSIC, A.L.; REAVEY, P.L.; KLASSEN, A.F.; SCOTT, A.; MCCARTHY, C.; CANO, S.J. Measuring patient outcomes in breast augmentation: Introducing the BREAST-Q Augmentation module. **Clinical Plastic Surgery,** v.36, p.23-32, 2009.

QUAIOTI, S.S.A.; ALMEIDA, S.S. Determinantes Psicobiológicos do Comportamento Alimentar: Uma Ênfase Em Fatores Ambientais que Contribuem para a Obesidade. **Psicologia USP**, São Paulo, n.17, v.4, n.4, p.193-211, 2006.

REITAS, C.M.S.M.; LIMA, R.B.T.; COSTA, A.S.; LUCENA FILHO, A. O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. **Revista brasileira de educação física**, v.24, n.3, p.389-404, 2010.

REZENDE, F.A.C.; ROSADO, L.E.F.P; FRANCESCHINNI, S.C.C.; ROSADO, G.P.; RIBEIRO, R.C. L. Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte,** v.16, n.2, p.90-94, 2010.

RIEF, W.; BUHLMANN, U.; WILHELM, S.; BORKENHAGEN, A.; BRAHLER, E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. **Psychological Medicine,** v.36, p. 877-885, 2006.

ROSA JUNIOR, C.R.R.; CARVALHO, P.H.B.; MARINS, J.C.B.; FERREIRA, M.E.C. Correlações entre Insatisfação Corporal, Estado Nutricional e Comportamentos de Checagem

do Corpo em Profissionais de Educação Física atuantes em academias de ginástica, **HU Revista,** v. 41, n.1 e 2, p.65-70, 2015.

ROSEN, J.C.; REITER, J. Development of the body dysmorphic disorder examination. **Behavior Research and Therapy,** v.34, n.9, p.755-766, 1996.

ROSENBERG, M. **Conceiving the self.** New York: Basic Books; 1979.

SAARINIEMI, K.M.; SALMI, A.M.; PELTONIEMI, H.H.; CHARPENTIER, P.; KUOKKANEN, H.O. Does Liposuction Improve Body Image and Symptoms of Eating Disorders?. **PRS Global Open**, v.3, n.7, p. 1-5, 2015.

SALEH. Y.; EL-OTEIFY, M.; ABD-EL-SALAM, A.E.R.; TOHAMY, A.; ABD-ELSAYED A.A. Safety and benefits of large-volume liposuction: a single center experience. **International Archives of Medicine**, v.2, n.4, p.1-7, 2009.

SALEHAHMADI, Z.; RAFIE, S.R. Factors affecting patients undergoing cosmetic surgery in bushehr, southern iran. **World Journal Plastic Surgery,** v.1, n.2, p.99-106, 2012.

SANTE, A.B.; PASIAN, S.R. Imagem Corporal e Características de Personalidade de Mulheres Solicitantes de Cirurgia Plástica Estética. **Psicologia: Reflexão e Crítica,** v. 24, n. 3, p. 421-429, 2011.

SANTOS, A.C.L.; STULBACH, T.; SPOSITO, M.; PERERIA, T. Relação entre estado nutricional e percepção de autoimagem corporal de adolescentes praticantes de ginástica artística. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva,** v. 9, n. 52, p.350-356, 2015.

SANTOS, M.A.G.; BOGGIO, R.F.; CARLUCCI, A.R.; MOTOKA E.; ALBANO, A.M. Prevenção e tratamento da contratura capsular após implantação de prótese mamária. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.25, n.2, p.304-308, 2010.

SANSONE, R.A.; SANSONE, L.A. Cosmetic Surgery and Psychological Issues. **Psychiatry (Edgmont)**, v.4, n.12, p.65-68, 2007.

SARNI, R.O.S. Avaliação Antropométrica e de Composição Corporal. In: SILVA, S.M.C.S; MURA, J.D.P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia.** 2 ed. São Paulo: Roca, 2007. cap. 7, p. 147-156.

SARWER, D. B., CRERAND, C.E.; MAGEE, L. Cosmetic Surgery and Changes in Body Image. In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Orgs.). **Body Image: a handbook of science, practice and prevention.** New York: Guilford Press, 2002. 2ª ed. cap.45, p. 394-403.

SARWER, D.B. The psychological aspects of cosmetic breast augmentation. **Plastic Reconstructive Surgery**, v.120, n.7, p.110-117, 2007.

SARWER, D.B.; THOMPSON, J.K.; CASH, T.F. Body Image and Obesity in Adulthood. **Psychiatric Clinics of North America**, v.28, p. 69-87, 2005.

SARWER, D.B.; CRERAND, C.E.; DIDIE, E.R. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. **Facial Plastic Surgery,** v.18, n.1, p.7-18, 2003.

SARWER, D.B.; INFIELD, A.L.; BAKER, J.L.; CASAS, L.A.; GLAT, P.M.; GOLD, A.H.; JEWELL, M.L.; LAROSSA, D.; NAHAI, F.; YOUNG, V.L. Two-year results of a prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery. **Aesthetic Surgery Journal,** v. 28, n.3, p.245-250, 2008.

SARWER**,** D.B.**;** WADDEN**,** T.A.**;** PERTSCHUK**,** M.J.**;** WHITAKER**,** L.INTON A. **Plastic & Reconstructive Surgery,** v. 101, p.1644-1649, 1998.

SARWER, D.B.; CASH,T.F.; MAGEE,L.; WILLIAMS, E.F.; THOMPSON, J.K.; ROEHRIG, M.; TANTLEFF-DUNN,S.; AGLIATA,A.K.; WILFLEY,D.E.; AMIDON .D.; ANDERSON, D.A.; ROMANOFSKI, M. Female College Students and Cosmetic Surgery: An Investigation Of Experiences, Attitudes, And Body Image. **Plastic Reconstructive Surgery,** v. 115, n. 3, p. 931-938. 2005.

SAUR, A.M.; PASIAN, S.R. Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. **Avaliação psicológica**, v.7, n.2, p. 199-209, 2008.

SCAGLIUSI, F. B.; ALVARENGA M.; POLACOW, V.O.; CORDÁS, T.A.; DE OLIVEIRA, G.K.Q.; COELHO D.; PHILIPPI, S.T.; LANCHA JR., A.H. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into portuguese. **Appetite**, v. 47, n. 1, p. 77-82, 2006.

SCHOMER, E.Z.; KACHANI, A.T. Imagem Corporal. In: CORDÁS, T.A.; KACHANI, A.T. (Orgs.). **Nutrição e Psiquiatria.** 1. ed. São Paulo: Artmed, 2010. cap.7, p.107-118.

SEBROECK, B.P.V.; SUZUKI, V.Y. Avaliação Clínica e Nutricional em Cirurgia Plástica. In.: SUZUKI, V.Y.; SCHNEIDER, A.P. (Orgs.). **Atendimento Nutricional Em Cirurgia Plástica – Uma Abordagem Multidisciplinar.** 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 5, p.34-49.

SILVA, D.A.S.; NAHAS, M.V.; DE SOUSA, T.F.; DEL DUCA, G.F.; PERES, K.G. Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: a population-based study. **Body Image,** v. 4, n. 8, p. 427–431, 2011.

SILVA, M.P.; BARBOSA, R.O. "O mais importante é minha vida, não meu seio". Autoimagem de mulheres mastectomizadas na cidade de Alegre – ES. **Psicologia PT.**, p. 1-23, 2011. Disponível em: http:<// http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0782.pdf />. Acesso em: 10/02/2016.

SLADE, P. D. What is body image? **Behaviour Research and Therapy,** 32, 497-502 1994.

SLEVEC, J.; TIGGEMANN, M. Attitudes towards cosmetic surgery in middle-aged women: body image, aging anxiety, and the media. **Psychology of women quarterly**, v. 34, n. 1, p. 65-74, 2010.

SMOLAK, L. Body image in children and adolescents: where do we go from here? **Body Image**, Norfolk, v. 1, p.15-28, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBCP). **Notícias.** Disponível em: <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/>. Acesso: 2016.

SOLVI, A. S.; SOLVI, A.S.;, FOSS, K.; VON SOEST, T.; ROALD, H.E.; SKOLLEBORG K.C.; HOLTE, A. Motivational factors and psychological processes in cosmetic breast augmentation surgery. **Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 63, n. 4, p. 673-680, 2010.

SPERLI, A.; BERSOU JR., A.; FREITAS, J.O.; MICHALANY, N. Complicações com Próteses mamárias. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.15, n.3, p.33-46, 2000.

STENZEL, L.M. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A.; APPOLINARIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap.5, p.73-81.

SUISMAN, J.L.; KLUMP, K.L. Genetic and Neuroscientific Perspectives on Body Image. In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Orgs.). **Body Image: a handbook of science, practice and prevention.** New York: Guilford Press, 2002. 2ª ed. cap.4, p. 29-38.

SUZUKI, V.Y.; AGUIAR, I.C.; FERNANDEZ FILHA, A.H.; PERES, I.S. Atuação do Nutricionista em Cirurgia Plástica. In.: SUZUKI, V.Y.; SCHNEIDER, A.P. (Orgs.). **Atendimento Nutricional Em Cirurgia Plástica – Uma Abordagem Multidisciplinar.** 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 1, p.1-10.

SWAMI, V. Evolutionary Perspectives on Human Appearance and Body Image. In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Orgs.). **Body Image: a handbook of science, practice and prevention.** New York: Guilford Press, 2002. 2ª ed. cap.3, p. 20-28.

SWAMI, V.; CAMPANA, A.N.N.B.; FERREIRA, L.; BARRETT, S.; HARRIS, A.S.; TAVARES, M.C.G.C.F. The Acceptance of Cosmetic Surgery Scale: Initial examination of its factor structure and correlates among Brazilian adults. **Body Image,** v.8, p.179-185, 2011.

SWAMI, V.; PREMUZIC, T.C.; BRIDGES, S.; FURNHAM, A. Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors. **Body Image,** v.6, p.7-13, 2009.

SWAMI, V.; CAVELTI, S.; TAYLOR, D.; TOVÉE, M.J The Breast Size Rating Scale: Development and psychometric evaluation**. Body Image,** v. 14, p. 29-38, 2015.

TADISINA, K.K.; CHOPRA, K.; SINGH, D.P. Body dysmorphic disorder in plastic surgery. **Eplasty**, v.21, n.13, p. 1-5, 2013.

TIGGERMANN, M. Sociocultural Perspectives on Human Appearance and Body Image. In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Orgs.). **Body Image: a handbook of science, practice and prevention.** New York: Guilford Press, 2002. 2ª ed. cap.2, p. 12-19.

TIGNOL,J.; BIRABEN-GOTZAMANIS,L.; MARTIN-GUEHL,C.; 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. **European Psychiatry,** v.22, n.8, p. 520-524, 2007.

TIMERMAN, F.; ALVARENGA, M.; FABBRI, A.; COSTA, A.C.; PSICOLATO, F.; MEDEIROS, L.; KOTAIT, M.; PETTY, M.L.; NÓBREGA, M.A.L.; FIGEUIREDO, M.; DERAM, S. Nutrição Comportamental no Tratamento dos Transtornos Alimentares. In: ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; ANTONACCIO, C. (Orgs.). **Nutrição Comportamental.** 1 ed. Barueri: Manole, 2015. cap. 16, p. 381-412.

TRICHES, R.M.; GIUGLIANI, E.R.J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 22, p. 119-128, 2007.

TYLKA, T.L. Positive Psychology Perspectives on Body Image. In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Orgs.). **Body Image: a handbook of science, practice and prevention.** New York: Guilford Press, 2002. 2. ed. cap.7, p. 56-66.

VAZ, P.S.; DUARTE, L.; PAULINO, A. Risco e Profilaxia do Tromboembolismo Venoso em Doentes Cirúrgicos**. Revista Portuguesa de Cirurgia**, n.23, p. 23-32, 2012.

VEALE, D. Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. **Psychiatric Bull**, v.24, p. 218-221, 2000.
VON SOEST, T.; KVALEM, I.L.; SKOLLEBORG, K.C. Psychosocial changes after cosmetic surgery: a 5-year follow-up study. **Plastic Reconstructive Surgery**, v. 128, p.765-772, 2011.

VON SOEST, T.; KVALEM, I.L.; ROALD, H.E.; SKOLLEBORG, K.C. The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. **Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery,** v. 62, n. 10, p. 1238-1244, 2009.

WANG, L.C. **Body images of junior high school studentes in Taichung**. Unpublished doctoral dissertation, National Taiwan Normal University Taipei, 2001.

WARREN, C.S.; HOLLAND, S.; BILLINGS H.; PARKER, A. The relationships between fat talk, body dissatisfaction, and drive for thinness: Perceived stress as a moderator. **Body Image,** v.9, n.3, p. 358-364, 2012.

WILLARD, S.G.; MCDERMOTT, B.E.; WODHOUSE, L.M. Lipoplasty in the bulimic patient. **Plastic and Reconstructive,** v.98, n.2, p. 276-278, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight.** Updated June 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 02/08/2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee.** Geneva: WHO, (Technical Report Series), 1995.

XAVIER, G. S.; LAUS, M.F.; ALMEIDA, S.S. **Relação entre imagem corporal, autoestima, estado nutricional e atitudes alimentares.** In: 19º Simpósio Internacional de

Iniciação Científica, 2011, Ribeirão Preto. Anais do 19º Simpósio Internacional de Iniciação Científica, 2011.

YOU, J.S.; CHUNG, Y.E.; BAEK, S.E.; CHUNG, S.P.; KIM, M.J. Imaging Findings of Liposuction with an Emphasis on Postsurgical Complications. **Korean Journal of Radiology,** v.16, n.6, p.1197-1206, 2015.

YOUNG K.; DAMHORST M.L. Gender Role Orientation of Divorced Women as Related to Body Satisfaction and Interest in Work Clothing. **Journal of Divorce & Remarriage,** v.32, p., 1999.

ZEITOUNE, G. C. Subpeitoral ou subglandular: qual é a melhor localização do implante para pacientes com hipomastia?. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.27, n.3, p. 428-434, 2012.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. “The Hospital Anxiety and Depression Scale,” **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.67, n.6, p. 361-370, 1983

APÊNDICES

APENDICE A – Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas – G1

Nome:	**Naturalidade:**
Data de Nascimento:	**Idade:**
Estado Civil: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Separada ☐ Divorciada ☐Viúva	
Escolaridade: ☐Ensino Primário☐ Fundamental ☐ Médio ☐ Superior Incompleto/Completo	
Trabalha: ☐ Sim ☐ Não **Profissão:**	
Telefone para Contato:	

Condições Clínicas

Faz uso de dieta ou medicamento para redução de peso?Se sim é com orientação nutricional e/ou médica?
Pré-operatório: ☐ Sim ☐ Não Orientação: ☐ Sim ☐ Não
Pós-operatório: ☐ Sim ☐ Não Orientação: ☐ Sim ☐ Não

Realiza acompanhamento psicológico/psiquiátrico?Faz uso de medicação?
Pré-operatório: ☐ Sim ☐ Não Medicação: ☐ Sim ☐ Não
Pós-operatório: ☐ Sim ☐ Não Medicação: ☐ Sim ☐ Não

Tipo de procedimento cirúrgico:
☐ Mastoplastia de Aumento ou Redução ☐ Lipoaspiração ☐Abdominoplastia

Avaliação: Pré- operatório - Data: ___/__/___

O que te motivou a buscar a cirurgia plástica estética?
☐ Insatisfação com o corpo ☐ Perder peso ☐ Saúde ☐ Outros: _____

Você está satisfeita com a sua aparência física? ☐ Sim ☐ Não

Há quanto tempo você está insatisfeita com sua aparência física?
☐ Infância ☐ Adolescência ☐ Adulta

Qual(s) parte(s) do seu corpo você gostaria de mudar?

O que espera da cirurgia? (expectativas em relação aos resultados).
☐ Gostar da minha imagem no espelho ☐ Outros: _____
☐ Ser aceita pelos outros ☐ Mudar o contorno corporal

A insatisfação com a aparência física causa incômodo em algum aspecto de sua vida?
☐ Nenhum ☐ Emocionais ☐ Sexuais ☐ Sociais ☐ Profissionais ☐ Todos

Você está satisfeita com o seu peso atual? ☐ Sim ☐ Não Caso não: ☐ gostaria de ganhar peso ☐ gostaria de perder peso	Quantos quilos?

Avaliação: Pós- operatório - Data: ___/__/___

Está satisfeita com o resultado da cirurgia plástica estética? ☐ Sim ☐ Não

Suas expectativas se confirmaram? ☐ Sim ☐ Não

Você faria outra cirurgia plástica estética? ☐ Sim ☐ Não
Se sim em que parte(s) do corpo? _____

Após a CPE, houve melhoria em relação a algum aspecto de sua vida?
☐ Nenhum ☐ Emocionais ☐ Sexuais ☐ Sociais ☐ Profissionais ☐ Todos

Você está satisfeita com o seu peso atual? ☐ Sim ☐ Não Caso não: ☐ gostaria de ganhar peso ☐ gostaria de perder peso	Quantos quilos?

Avaliação Antropométrica e de Composição Corporal

	Pré – operatório	**Pós – operatório**
Peso (kg)		
Altura (cm)		
IMC (kg/m^2)		
Composição Corporal (% de Gordura Corporal)		

APÊNDICE B – Protocolo de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas – G2

Nome:	**Naturalidade:**
Data de Nascimento:	**Idade:**
Estado Civil: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Separada ☐ Divorciada ☐Viúva	
Escolaridade: ☐Ensino Primário☐ Fundamental ☐ Médio ☐ Superior Incompleto/Completo	
Trabalha: ☐ Sim ☐ Não **Profissão:**	
Telefone para Contato:	

Condições Clínicas	
Faz uso de dieta ou medicamento para redução de peso?Se sim é com orientação nutricional e/ou médica? Pré-operatório: ☐ Sim ☐ Não Orientação: ☐ Sim ☐ Não Pós-operatório: ☐ Sim ☐ Não Orientação: ☐ Sim ☐ Não	
Realiza acompanhamento psicológico/psiquiátrico?Faz uso de medicação? Pré-operatório: ☐ Sim ☐ Não Medicação: ☐ Sim ☐ Não Pós-operatório: ☐ Sim ☐ Não Medicação: ☐ Sim ☐ Não	
Possui Interesse em Realizar Cirurgia Plástica Estética? **Se sim, tipo(s) de procedimento(s) cirúrgico(s):**	
Você está satisfeita com a sua aparência física? ☐ Sim ☐ Não	
Há quanto tempo você está insatisfeita com sua aparência física? ☐ Infância ☐ Adolescência ☐ Adulta	
Qual(s) parte(s) do seu corpo você gostaria de mudar?	
A insatisfação com a aparência física causa incômodo em algum aspecto de sua vida? ☐ Nenhum ☐ Emocionais ☐ Sexuais ☐ Sociais ☐ Profissionais ☐ Todos	
Você está satisfeita com o seu peso atual? ☐ Sim ☐ Não Caso não: ☐ gostaria de ganhar peso ☐ gostaria de perder peso	Quantos quilos?

Avaliação Antropométrica		
	Pré – operatório	**Pós – operatório**
Peso (kg)		
Altura (cm)		
IMC (kg/m^2)		

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) - G1

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa ou desistência de sua participação em qualquer momento você não será penalizada de forma alguma. Em caso de alguma dúvida você poderá consultar o pesquisador responsável: Diana Cândida Lacerda Mota que estará sempre disponível para esclarecimentos a respeito do presente estudo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Imagem Corporal, Comportamento Alimentar e Estado Nutricional de Mulheres Submetidas à Cirurgia Plástica Estética
Pesquisador Envolvido (orientador): Sebastião de Sousa Almeida
Pesquisador Responsável: Diana Cândida Lacerda Mota (diana.lacerda@hotmail.com)
Telefones para Contato: (016)81530866 / (16) 3602-4391 / (016) 36023663 (Laboratório de Nutrição e Comportamento - Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – FFCLRP/USP).

Justificativa para realização da pesquisa: Considerando que problemas relacionados à imagem corporal podem comprometer a percepção e satisfação do resultado cirúrgico, a avaliação dessas variáveis antes e após a cirurgia plástica estética torna-se essencial. Além disso, o estudo das relações entre preocupações com a autoimagem e comportamentos alimentares inadequados, podem auxiliar o cirurgião plástico junto à equipe de saúde a elaborar prevenções e intervenções psicológicas e nutricionais aos pacientes antes mesmo da realização cirúrgica.

Os objetivos da pesquisa são: (1) - Avaliar a imagem corporal com enfoque nos componentes perceptivo (acurácia na estimação do tamanho corporal) e atitudinal (satisfação corporal), antes e aproximadamente seis meses após a CPE **(2)** - Avaliar o comportamento alimentar, antes e aproximadamente seis meses após a CPE; **(3)** - Avaliar o estado nutricional com a aferição das medidas antropométricas (peso e estatura corpóreos) e a composição corporal, antes e aproximadamente seis meses após a CPE.

Procedimentos para realização da pesquisa: Os dados serão coletados em um primeiro momento antes do procedimento cirúrgico e em um segundo momento, seis meses após a cirurgia. Serão aplicados: Protocolo para avaliação de variáveis sociodemográficas e condições clínicas; Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) para avaliação do poder aquisitivo das participantes; Teste de Atitudes Alimentares para avaliação das atitudes alimentares; Escala de Figuras de Silhuetas para Adultos do sexo feminino e *Body Dysmorphic Disorder Examination* para avaliação da Imagem Corporal; Ainda serão aferidas medidas antropométricas (peso, altura, circunferências e composição corporal) para diagnóstico do estado nutricional. A coleta dos dados, através da aplicação dos instrumentos descritos acima, será realizada em uma sala localizada no próprio serviço de cirurgia plástica, antes ou após a participante receber atendimento médico. Esse procedimento será realizado antes e após a cirurgia plástica estética, com duração de aproximadamente 50 minutos.

- ✓ Os resultados desse estudo poderão ser de grande utilidade para diagnóstico, compreensão, prevenção e tratamento de distúrbios da Imagem Corporal e de problemas relativos ao comportamento alimentar e estado nutricional de indivíduos que se submetem a procedimentos cirúrgicos estéticos.

- ✓ Todos os dados que você fornecer serão tratados com sigilo e confidencialidade e serão utilizados no trabalho de tese de doutorado da pesquisadora Diana Cândida Lacerda Mota e em publicações em revistas especializadas e em congressos da área.

- ✓ Não haverá nenhuma forma de pagamento de dinheiro ou ressarcimento, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhuma despesa como, por exemplo, transporte e alimentação. Ainda, caso queira desistir de participar da pesquisa, ao longo de seu curso, terá total direito e liberdade de fazê-lo, sem qualquer ônus de sua parte.

- ✓ Durante a coleta de dados, a participante pode apresentar problemas significativos nas dimensões avaliadas como desconforto de ordem emocional decorrentes do processo de responder aos diferentes instrumentos psicológicos e serem submetidas às medidas antropométricas. Neste caso, a pesquisa será imediatamente interrompida sem que isso acarrete qualquer prejuízo à mesma.

- ✓ Caso alguma participante apresente desconforto de ordem emocional decorrente do processo de responder aos diferentes instrumentos psicológicos e de avaliação antropométrica, a pesquisa será interrompida sem causar qualquer prejuízo à mesma.

- ✓ Se o voluntário solicitar os resultados da pesquisa, o pesquisador disponibilizará ao mesmo um resultado geral de todos os participantes.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura do Orientador: _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

_____, RG/CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como participante. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Diana Cândida Lacerda Mota sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e Data: _____

Nome e Assinatura do Participante: _____

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) - G2

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa ou desistência de sua participação em qualquer momento você não será penalizada de forma alguma. Em caso de alguma dúvida você poderá consultar o pesquisador responsável: Diana Cândida Lacerda Mota que estará sempre disponível para esclarecimentos a respeito do presente estudo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Imagem Corporal, Comportamento Alimentar e Estado Nutricional de Mulheres Submetidas à Cirurgia Plástica Estética
Pesquisador Envolvido (orientador): Sebastião de Sousa Almeida
Pesquisador Responsável: Diana Cândida Lacerda Mota (diana.lacerda@hotmail.com)
Telefones para Contato: (016)81530866 / (16) 3602-4391 / (016) 36023663 (Laboratório de Nutrição e Comportamento - Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – FFCLRP/USP).

Justificativa para realização da pesquisa: Considerando que problemas relacionados à imagem corporal podem comprometer a percepção e satisfação do resultado cirúrgico, a avaliação dessas variáveis antes e após a cirurgia plástica estética torna-se essencial. Além disso, o estudo das relações entre preocupações com a autoimagem e comportamentos alimentares inadequados, podem auxiliar o cirurgião plástico junto à equipe de saúde a elaborar prevenções e intervenções psicológicas e nutricionais aos pacientes antes mesmo da realização cirúrgica.

Os objetivos da pesquisa são: (1) - Avaliar a imagem corporal com enfoque nos componentes perceptivo (acurácia na estimação do tamanho corporal) e atitudinal (satisfação corporal); **(2)** - Avaliar o comportamento alimentar **(3)** - Avaliar o estado nutricional com a aferição das medidas antropométricas (peso e estatura corpóreos).

Procedimentos para realização da pesquisa: Serão aplicados: Protocolo para avaliação de variáveis sociodemográficas e condições clínicas; Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) para avaliação do poder aquisitivo das participantes; Escala de Figuras de Silhuetas para Adultos e *Body Dysmorphic Disorder Examination* para avaliação da Imagem Corporal; Teste de Atitudes Alimentares para avaliação do comportamento alimentar. Ainda serão aferidas medidas antropométricas (peso, altura) para diagnóstico do estado nutricional. A coleta dos dados, através da aplicação dos instrumentos descritos acima, será realizada em uma sala localizada na Clínica de Nutrição da UNAERP. Esse procedimento será realizado com duração média de aproximadamente 50 minutos.

- ✓ Os resultados desse estudo poderão ser de grande utilidade para diagnóstico, compreensão, prevenção e tratamento de distúrbios da Imagem Corporal e de problemas relativos ao comportamento alimentar e estado nutricional de indivíduos que se submetem a procedimentos cirúrgicos estéticos.

- ✓ Todos os dados que você fornecer serão tratados com sigilo e confidencialidade e serão utilizados no trabalho de tese de doutorado da pesquisadora Diana Cândida Lacerda Mota e em publicações em revistas especializadas e em congressos da área.

- ✓ Não haverá nenhuma forma de pagamento de dinheiro ou ressarcimento, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhuma despesa como, por exemplo, transporte e alimentação. Ainda, caso queira desistir de participar da pesquisa, ao longo de seu curso, terá total direito e liberdade de fazê-lo, sem qualquer ônus de sua parte.

- ✓ Durante a coleta de dados, a participante pode apresentar problemas significativos nas dimensões avaliadas como desconforto de ordem emocional decorrentes do processo de responder aos diferentes instrumentos psicológicos e serem submetidas às medidas antropométricas. Neste caso, a pesquisa será imediatamente interrompida sem que isso acarrete qualquer prejuízo à mesma.

- ✓ Caso alguma participante apresente desconforto de ordem emocional decorrente do processo de responder aos diferentes instrumentos psicológicos e de avaliação antropométrica, a pesquisa será interrompida sem causar qualquer prejuízo à mesma.

- ✓ Se o voluntário solicitar os resultados da pesquisa, o pesquisador disponibilizará ao mesmo um resultado geral de todos os participantes.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura do Orientador: _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

_____, RG/CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como participante. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Diana Cândida Lacerda Mota sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e Data: _____

Nome e Assinatura do Participante: _____

ANEXOS

ANEXO A - Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

Dados de classificação

A - Quem é o chefe-de-família na sua casa?
( ) o próprio entrevistado
( ) outrem. Quem: _____

B - Qual foi o grau de instrução mais alto que o chefe-de-família obteve? Qual o último ano de escola que o chefe-de-família cursou?

Grau de instrução do chefe de família		Pontos ABEP
Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	( )	0
Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	( )	1
Fundamental completo/ 1º. Grau completo	( )	2
Médio completo/ 2º. Grau completo	( )	4
Superior completo	( )	8

C – Qual (s) item (s) abaixo você possui em sua casa?

Posse de itens	Quantidade de itens				
	0	**1**	**2**	**3**	**4 ou +**
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

Fonte: ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – www.abep.org – abep@abep.org. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010 – IBOPE.

ANEXO B – Escala de Figuras de Silhuetas para Adultos do sexo Feminino (EFS)

→ Dispor os cartões do sexo corresponde ao participante em série ordenada ascendente.

→ Solicitar:

1. Qual figura melhor representa o seu tamanho corporal atual, como se vê hoje?

2. Qual a figura que melhor representa o corpo que você gostaria de ter?

→ Efetuar os seguintes cálculos:

Acurácia na Estimação do Tamanho Corporal = IMC médio figura "Atual" – IMC Real (aferido)

Satisfação com o Tamanho Corporal = IMC médio figura "Meta" – IMC médio figura "Atual"

Análises:

→ Acurácia na Estimação do Tamanho Corporal

- resultado igual a zero: significa que não há inacurácia na estimação do tamanho corporal;
- resultado positivo: significa que a pessoa apresenta inacurácia e se percebe maior do que realmente é (superestimação);
- resultado negativo: significa que a pessoa apresenta inacurácia e se percebe maior do que realmente é (subestimação).

→ Satisfação com o Tamanho Corporal

- resultado igual a zero: o individuo é classificado como satisfeito com o seu tamanho corporal;
- resultado positivo: a pessoa tem como "meta" um IMC maior do que aquele apontado como "atual" (gostaria de ter a silhueta maior);
- resultado negativo: a pessoa tem como "meta" um IMC menor do que aquele apontado como "atual" (gostaria de ter a silhueta menor).

ANEXO C – Intervalos de IMC's Médios Referentes às Figuras de Silhuetas para Adultos

IMC médio, intervalos de IMC atribuídos a cada figura para adaptação da Escala de Silhuetas para adultos.

Figura	IMC Médio (kg/m^2)	Intervalo de IMC (kg/m^2)	
		Mínimo	Máximo
1	12,5	11,25	13,74
2	15	13,75	16,24
3	17,5	16,25	18,74
4	20	18,75	21,24
5	22,5	21,25	23,74
6	25	23,75	26,24
7	27,5	26,25	28,74
8	30	28,75	31,24
9	32,5	31,25	33,74
10	35	33,75	36,24
11	37,5	36,25	38,74
12	40	38,75	41,24
13	42,5	41,25	43,74
14	45	43,75	46,24
15	47,5	46,25	48,75

Fonte: KAKESHITA, I.S.; SILVA, A. I.P.; ZANATTA, D.P.; ALMEIDA, S.S.. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** v. 25, p.263-70, 2009.

ANEXO D - Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)

INSTRUÇÕES GERAIS

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

PERGUNTAS COM UM ASTERISCO deverão ser sempre feitas. As outras perguntas são feitas de acordo com a necessidade, dependendo da informação que você precise.

Diga ao entrevistado para usar qualquer número das respostas, não só os números que possuem uma descrição ao lado. Nem todas as respostas estão incluídas aqui; as respostas para as questões 1, 2, 3, 22, 33 e 34 não são fornecidas ao entrevistado, cabendo ao entrevistador escolher a resposta correta.

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

REFERINDO-SE AO PROBLEMA DE APARÊNCIA DO ENTREVISTADO.

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

PONTUAÇÃO:

TOTAL DE PONTOS. O escore final é a soma das respostas para todos os itens exceto: 1 a 3, 22, 33, 34.

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

CRITÉRIO A Preocupação com um imaginado problema na aparência. Se uma anomalia física leve estiver presente, a preocupação da pessoa é notadamente excessiva.
 2 = 0 ou 1
 9 = 4 ou mais alto
 10 ou **11** = 4 ou mais alto
 18 = 4 ou mais alto
 19 = 4 ou mais alto

CRITÉRIO B A preocupação causa angústia clinicamente significante ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento.
 9 = 4 ou mais alto
 10 ou **11** = 4 ou mais alto
 13 = 4 ou mais alto
Todos os três anteriores ou: **23**, **24**, **25**, ou **26** = 4 ou mais alto

CRITÉRIO C
A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental.
 34 = Zero

OBS: A pontuação máxima do questionário corresponde a 168 pontos. Escores maiores que 66 já refletem certo grau de insatisfação com a aparência.

Entrevista
1. Descrição de Problema na Aparência Física:
*** O que você não tem gostado na sua aparência no último mês?**
Instruções: O entrevistado deverá nomear uma característica física. Se o entrevistado reclamar de características do corpo inteiro ou grandes regiões, peça ao entrevistado para localizar a reclamação dele ou dela o máximo possível.
Peça ao entrevistado para descrever a característica que ele não gosta em detalhes. Embora você deva tomar nota de comentários de julgamento, como "isto é feio", "este _____ é asqueroso", entre outros, esteja seguro de pedir ao entrevistado que descreva sobre o que é a característica "feia" ou "asquerosa" em condições mais objetivas. Em alguns casos, isolar uma única reclamação não caracteriza a preocupação principal do entrevistado. Permita ao entrevistado referir uma combinação de características para uma área.

2. Defeito Físico Observável (se possível, solicitar que o entrevistado mostre o problema de aparência, a não ser em casos em que isto seja muito constrangedor para ele(a)).
Instruções: Informe a presença de um defeito observável.

0 Nenhum problema de aparência observável.
1 Problema informado é observável, embora não raro ou anormal (por exemplo, um nariz grande, sobrepeso moderado).
2 Problema informado definitivamente é anormal (por exemplo, perna amputada, cicatrizes de queimaduras, obesidade severa).
3 Nenhuma oportunidade para observar o problema.

3. Reclamações de Transtornos Delirante Somático ou Similar
Instruções: Informe se a reclamação representa algo estritamente defeituoso.

0 Problema de aparência informado prejudica apenas a aparência.
1 O problema informado prejudica funções corpóreas
2 O problema assusta as pessoas.

4. Percepção da Anormalidade do Problema de Aparência.
*** Durante o último mês, até que ponto o sr(a) tem sentido que outras pessoas têm a mesma característica ou a mesma gravidade da característica que você descreveu acima?**
*** O quanto esta condição está presente em outras pessoas?**
0 Todo mundo tem a mesma característica.
1
2 Muitas pessoas têm a mesma característica.
3
4 Poucas pessoas têm a mesma característica.
5
6 Ninguém mais tem a mesma característica.

5. CONFERINDO O PROBLEMA
*** Informe o número de vezes durante o último mês no qual você olhou atentamente o seu problema no espelho.**

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

6. DESCONTENTAMENTO COM PROBLEMA DE APARÊNCIA
*** Durante o último mês, quanto incômodo seu (a) _____ tem causado?**

0 Nenhum incômodo.
1
2 Incômodo leve.
3
4 Incômodo médio.
5
6 Incômodo grande.

7. DESCONTENTAMENTO COM A APARÊNCIA GERAL
*** Durante o último mês, você tem se sentido incomodado com a sua aparência geral?**

0 Nenhum incômodo.
1
2 Incômodo leve.

3
4 Incômodo médio.
5
6 Incômodo grande.

8. BUSCA DE CONFORTO
*** Durante o último mês, você procurou apoio com outras pessoas tentando ouvir que seu (a) _____não é tão ruim ou anormal quanto você pensa que é?**
Instruções: Gradue o número de dias durante o último mês em que o entrevistado buscou conforto de outros sobre o problema de aparência dele/dela.

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

9. PREOCUPAÇÃO COM O PROBLEMA DE APARÊNCIA
*** Com que frequência você pensa em seu problema e se sente triste, desestimulado ou chateado?**

0 Nunca fica chateado com o problema de aparência ou nunca pensa no problema de aparência.
1 1-3 vezes/mês.
2 4-7 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado uma ou duas vezes em cada semana.
3 8-11 vezes.
4 12-16 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado em metade dos dias da semana.
5 17-21 vezes.
6 22-28 vezes ou pensa nisto e se sente chateado diariamente ou quase diariamente.

10. PREOCUPAÇÃO COM O PROBLEMA DE APARÊNCIA EM SITUAÇÕES PÚBLICAS
*** Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu (a) _____quando você estava em áreas públicas como lojas, supermercados, ruas, restaurantes, ou lugares onde havia principalmente pessoas que você não conhecia?**

0 Nenhuma preocupação.
1
2 Leve preocupação.
3
4 Média preocupação.
5
6 Grande preocupação.

11. PREOCUPAÇÃO SOBRE O PROBLEMA DE APARÊNCIA EM SITUAÇÕES SOCIAIS

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

0 Nenhuma preocupação.
1
2 Leve preocupação.
3
4 Média preocupação.
5
6 Grande preocupação.

12. FREQUÊNCIA COM QUE O PROBLEMA DE APARÊNCIA É NOTADO POR OUTRAS PESSOAS
*** Durante o último mês, com que frequência você têm sentido que outras pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu(a) _____?**
0 Nunca aconteceu.
1 1-3 vezes/mês.
2 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
3 8-11 vezes/mês.
4 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
5 17-21 vezes/mês.
6 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

13. ANGÚSTIA RELACIONADA AO PROBLEMA DE APARÊNCIA NOTADO POR OUTRAS
PESSOAS
*** Quanto você ficou chateado quando sentiu que as pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu (a) _____?**

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

14. FREQUÊNCIA RELACIONADA AO COMENTÁRIO DE OUTROS
*** Durante o último mês, com que frequência alguém fez tanto um comentário positivo quanto negativo sobre seu (a) _____?**

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

0 Nunca aconteceu.
1 1 a 3 vezes/mês
2 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes a cada semana.

3 8-11 vezes/mês
4 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
5 17-21 vezes/mês
6 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

15. ANGÚSTIA RELACIONADA AO COMENTÁRIO DE OUTROS
*** Quanto você ficou chateado quando alguém fez um comentário sobre seu (a) _____?**

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

16. FREQUÊNCIA COM QUE FOI TRATADO DIFERENTEMENTE POR OUTROS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA
*** Durante o último mês, com que frequência você sentiu que outras pessoas o(a) trataram diferente ou de maneira que você não gostou por causa de seu (a) _____?**

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

17. ANGÚSTIA RELACIONADA AO TRATAMENTO DIFERENCIADO DAS OUTRAS PESSOAS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Quanto você ficou chateado quando as pessoas o(a) trataram diferente por causa de seu(a)_____?**

0 Não ficou chateado ou não houve nenhum tratamento diferencial.
1 Ligeiramente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
2 Ligeiramente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
3 Medianamente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
4 Medianamente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
5 Enormemente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
6 Enormemente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.

18. IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA DE APARÊNCIA
*** O quanto a sua aparência é importante comparada a outros valores como personalidade, inteligência, habilidade no trabalho, relacionamento com outras pessoas e execução de outras atividades?**

0 Nenhuma importância.
1
2 Pouca importância.
3
4 Média importância.
5
6 Grande importância.

19. AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA
*** Durante o último mês, você se criticou devido ao seu (a) _____)?**

0 Nenhuma crítica.
1
2 Poucas críticas.
3
4 Algumas críticas.
5
6 Muitas críticas.

20. AVALIAÇÃO NEGATIVA FEITA POR OUTRAS PESSOAS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA
*** Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas o(a) criticaram por causa de seu(a) _____?**

0 Nenhuma crítica.
1
2 Poucas críticas aconteceram.
3
4 Algumas críticas aconteceram.
5
6 Muitas críticas aconteceram.

21. PERCEPÇÃO DE ATRATIVIDADE FÍSICA
*** Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas te acharam atraente?**

0 Sim, me acharam atraente.
1
2 Não, ligeiramente sem atrativos.
3
4 Não, mediamente sem atrativos.
5
6 Não, sem nenhum atrativo.

22. GRAU DE CONVICÇÃO DO PROBLEMA DE APARÊNCIA
Nota: Não faça esta pergunta se o entrevistado obteve pontuação 2 no item 2, isto é, tem uma anormalidade física definida que não é imaginada ou é exagerada.
*** Durante as últimas quatro semanas, você pensou alguma vez que seu (a) _____ poderia não ser tão ruim quanto você geralmente pensa ou que seu (a) _____ realmente não é anormal?**

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

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

23. AFASTAMENTO DE SITUAÇÕES PÚBLICAS
*** Durante o último mês, você evitou áreas públicas porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____ ? Você tem evitado ir a lojas, supermercados, ruas, restaurantes ou outras áreas onde haveria principalmente pessoas que você não conhecia? Com que frequência?**

0 Nenhum afastamento de situações públicas.
1
2 Evitou pouco.
3
4 Evitou com média frequência.
5
6 Evitou muito.

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

0 Nenhum afastamento de situações sociais.
1
2 Evitou pouco.
3
4 Evitou com média frequência.
5
6 Evitou muito.

25. AFASTAMENTO DE CONTATO FÍSICO
*** Durante o último mês, você tem evitado contato físico com outras pessoas por causa de seu (a) _____ ? Isto inclui relação sexual como também outro contato íntimo como abraçar, beijar, ou dançar?**

0 Nenhum afastamento de contato físico.
1
2 Evitou pouco.
3
4 Evitou com média frequência.

5
6 Evitou muito.

26. AFASTAMENTO DE ATIVIDADE FÍSICA
*** Durante o último mês, você evitou atividades físicas como exercício ou recreação ao ar livre por causa de seu (a) _____?**

0 Nenhum afastamento de atividade física.
1
2 Evitou pouco.
3
4 Evitou com média frequência.
5
6 Evitou muito.

27. ESCONDENDO O CORPO
*** Durante o último mês, você se vestiu de forma a esconder, encobrir, disfarçar e/ou desviar atenção de seu (a) _____ ?" Utilizou maquiagem ou mudou seu corte de cabelo de algum modo especial para tentar esconder ou disfarçar seu (a) _____?**

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

28. ALTERANDO A POSTURA CORPORAL
*** Durante o último mês, você alterou seus movimentos corporais (como o modo de se levantar ou de se sentar, onde você põe suas mãos, como você caminha, que lado seu você mostra às pessoas) com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas do seu problema de aparência?**
Instruções: Informe o número de dias durante o último mês no qual você alterou sua postura/ movimentos corporais com a intenção de esconder seu problema.

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

29. INIBIÇÃO DO CONTATO FÍSICO

*** Durante o último mês, você evitou contato físico com outras pessoas com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas dele?"Por exemplo, você impediu outras pessoas de tocarem certas partes de seu corpo? Ou inibiu sua postura durante ato sexual ou outro contato físico íntimo como abraçar, beijar ou dançar?**
Instruções: Quantifique a frequência com que o entrevistado alterou postura ou movimentos corporais na tentativa de esconder seu problema de aparência durante situações de contato físico.

0 Nunca inibiu o contato físico.
1
2 Inibiu em menos da metade das ocasiões de contato físico.
3
4 Inibiu em torno de metade das ocasiões de contato físico.
5
6 Inibiu em todas ou quase todas as vezes que teve contato físico.

30. EVITANDO OLHAR PARA O CORPO
*** Durante o último mês, você tem evitado olhar para seu corpo, particularmente para o seu (a) _____ para controlar sentimentos sobre sua aparência? Isto inclui evitar olhar para você, vestido ou sem roupas, diretamente ou em espelhos.**
Instruções: Quantifique o número de dias durante o último mês em que a pessoa evitou olhar para o problema com a intenção de controlar sentimentos sobre sua aparência.
0 Nenhuma inibição de olhar para corpo.
1 1-3 vezes/mês.
2 4-7 vezes/mês ou evitou uma ou duas vezes em cada semana.
3 8-11 vezes/mês.
4 12-16 vezes/mês ou evitou em metade dos dias.
5 17-21 vezes/mês.
6 22-28 vezes/mês ou evitou olhar para corpo diariamente ou quase diariamente.

31. EVITANDO QUE OUTRAS PESSOAS OLHEM PARA O SEU CORPO
*** Durante o último mês, você tem evitado que outras pessoas vejam seu corpo sem roupas porque se sente incomodado com a sua aparência? Isto inclui não deixar seu cônjuge, parceiro, companheiro de quarto ou outras pessoas o (a) vejam sem roupas.**
0 Nenhuma inibição de que outros o vejam com o corpo despido devido ao problema.
1
2 Evitou pouco.
3
4 Evitou com média frequência.
5
6 Evitou muito.

32. COMPARAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS
*** Durante as últimas quatro semanas, você comparou seu(a) _____ com a aparência de outras pessoas ao redor de você ou de revistas ou televisão?**
0 Nenhuma comparação com outras pessoas.
1 1-3 vezes/mês.

2 4-7 vezes/mês ou uma ou duas comparações em cada semana.
3 8-11 vezes/mês
4 12-16 vezes/mês ou comparações em metade dos dias.
5 17-21 vezes/mês
6 22-28 vezes/mês ou comparações diárias ou quase diárias.

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

Marque até três alternativas.
0 Nenhuma estratégia ou tentativa para alterar o problema de aparência.
1 Redução de peso através de dieta.
2 Redução de peso através de exercícios.
3 Redução de peso através de cirurgia (por exemplo, gastroplastia).
4 Cirurgia estética para eliminação gordura (por exemplo, lipoescultura).
5 Outra cirurgia estética (por exemplo, mastoplastia, rinoplastia, reversão de cicatriz).
6 Tratamentos tópicos (por exemplo, para condições de pele ou calvície).
7 Prótese (por exemplo, perna artificial ou prótese de silicone para melhorar a aparência).
8 Outro (especifique) _____.

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

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

Fonte: JORGE, R.T.; SABINO, N.M.; NATOUR, J.; VEIGA, D.F.; JONES, A.; FERREIRA, L.M. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. **Sao Paulo Medical Journal**, v.126, n.2, p. 87-95, 2008.

ANEXO E – Eating Attitudes Test (EAT)

Instruções: Leia cada frase com atenção e marque a opção mais adequada.

S – Sempre **MF** – Muito Frequentemente **F** – Frequentemente

AV – Às Vezes **R** – Raramente **N** – Nunca

S	MF	F	AV	R	N	
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**1. Costumo fazer dieta.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**2. Como alimentos dietéticos.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**3. Me sinto mal após comer doces.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**4. Gosto de provar novos alimentos bem apetitosos.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**5. Evito alimentos que com açúcar.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**6. Evito alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, massas e cereais matinais etc.)**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**7. Estou preocupado (a) com o desejo de ser mais magro(a).**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**8. Gosto de estar com o estômago vazio.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**9. Penso em queimar calorias quando faço exercícios.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**10. Me sinto extremamente culpado (a) depois de comer.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**11. Fico apavorado (a) com o excesso de peso.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**12. Me preocupa a possibilidade de apresentar gordura no corpo.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**13. Sei as calorias dos alimentos que como.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**14. Tenho vontade de vomitar após comer.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**15. Vomito depois de comer**.
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**16. Já passei por situações em que comi demais achando que não conseguiria parar.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**17. Passo muito tempo pensando nos alimentos.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**18. Me acho uma pessoa preocupada com os alimentos.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**19. Sinto que o alimento controla a minha vida.**

( )	( )	( )	( )	( )	( )	**20. Corto os alimentos em pedaços pequenos.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**21. Levo mais tempo que os outros para comer.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**22. As outras pessoas acham que estou magro(a) demais.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**23. Sinto que minha família e amigos prefeririam que eu comesse mais.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**24. Sinto que as pessoas me pressionam para comer mais.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**25. Evito comer quando estou com fome.**
( )	( )	( )	( )	( )	( )	**26. Demonstro autocontrole em relação aos alimentos.**

Fonte: NUNES, M.A.; CAMEY, S.; OLINTO, M.T.A.; MARIL, J.J. The validity and 4-year test--retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research,** n. 38, p. 1655-62, 2005.

Anexo F – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Imagem Corporal,Comportamento Alimentar e Estado Nutricional de Mulheres Submetidas à Cirurgia Plástica Estética.

Pesquisador: Diana Cândida Lacerda Mota

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 07192312.4.0000.5407

Instituição Proponente: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.605.727

Apresentação do Projeto:

Ver parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Ver parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ver parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora retomou o TCLE originalmente aprovado por este comitê e fez as modificações necessárias para o grupo de participantes que será incluído na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu às pendências do parecer anterior e sua emenda ao projeto está aprovada por este comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Bandeirantes 3.900
Bairro: Monte Alegre **CEP:** 14.040-901
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-4811 **Fax:** (16)3315-9101 **E-mail:** coetp@ffclrp.usp.br

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_546541_E2.pdf	06/05/2016 11:39:03		Aceito
Outros	resposta.doc	06/05/2016 11:37:43	Diana Cândida Lacerda Mota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclegc.doc	06/05/2016 11:36:04	Diana Cândida Lacerda Mota	Aceito
Outros	carta.doc	07/03/2016 20:48:52	Diana Cândida Lacerda Mota	Aceito
Outros	projeto.doc	07/03/2016 20:48:11	Diana Cândida Lacerda Mota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.doc	07/03/2016 20:46:50	Diana Cândida Lacerda Mota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	01/12/2015 17:13:23	Diana Cândida Lacerda Mota	Aceito
Outros	Carta_justificativa_emenda.pdf	31/08/2015 14:22:39	Diana Cândida Lacerda Mota	Aceito
Outros	Autorizacao_unaerp_diana.pdf	31/08/2015 14:22:11	Diana Cândida Lacerda Mota	Aceito
Outros	Form-enviorelatorio.doc	28/08/2014 15:05:48		Aceito
Outros	RELATÓRIO PARCIAL.doc	28/08/2014 15:05:38		Aceito
Outros	Form-enviorelatorio.doc	11/10/2013 14:07:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DOUTORADO CORRIGIDO PARA REENVIAR.pdf	18/02/2013 16:24:29		Aceito
Outros	CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA 2.pdf	19/12/2012 18:29:20		Aceito
Outros	ANEXOS PROJETO COMITÊ DE ÉTICA.pdf	19/12/2012 18:17:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Comitê Reenviar 2.pdf	19/12/2012 18:16:38		Aceito
Outros	(CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA).pdf	21/11/2012 19:15:46		Aceito
Outros	PROJETO DOUTORADO CORRIGIDO	21/11/2012		Aceito

Endereço: Av. Bandeirantes 3.900
Bairro: Monte Alegre **CEP:** 14.040-901
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-4811 **Fax:** (16)3315-9101 **E-mail:** coetp@ffclrp.usp.br

Outros	PARA REENVIAR.pdf	19:14:56		Aceito
Outros	Termo de autorização - Clínica.pdf	23/08/2012 13:35:50		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO PDF.pdf	23/08/2012 13:34:45		Aceito
Outros	Termo de autorização - HC.pdf	23/08/2012 13:34:00		Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 24 de Junho de 2016

Assinado por:
Marina Rezende Bazon
(Coordenador)

Endereço: Av. Bandeirantes 3.900
Bairro: Monte Alegre **CEP:** 14.040-901
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-4811 **Fax:** (16)3315-9101 **E-mail:** coetp@ffclrp.usp.br