

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA MÁRIO MARTINS
JORNADA PAULO GUEDES

PAULA STEFFEN ALVAREZ

**TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL NA CIRURGIA PLÁSTICA:
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

PORTO ALEGRE

2010

INTRODUÇÃO

A preocupação com a aparência física está se espalhando intensamente nas sociedades ocidentais. A globalização, a competitividade e um maior individualismo são uma realidade. Ilusões das imagens através de revistas, televisão e mídia em geral fazem com que as pessoas se comparem cada vez mais umas com as outras.

A busca pela beleza ideal é almejada cada vez mais pelas pessoas na atualidade. Consultórios e clínicas de dermatologia e cirurgia plástica estão sendo cada vez mais procuradas, devido a esta busca implacável pela perfeição.

As imposições socioculturais da beleza e a busca desenfreada pelos padrões estéticos do momento são percebidas em todo o mundo. Se esta cobrança pelo ideal estimula as pessoas a melhorarem aspectos físicos, por outro dificulta muito o diagnóstico de transtornos relacionados à imagem corporal.

Em função disto, aliando conhecimentos subjetivos de psicologia com conhecimentos mais objetivos da cirurgia plástica estética e reparadora, sentimos a necessidade de um trabalho conjunto, visando ampliar o conhecimento psicológico dos pacientes que buscam a cirurgia plástica, com o intuito de ajudar estas pessoas a clarificarem suas motivações e expectativas com relação aos procedimentos a que serão submetidos.

Através de uma pesquisa padronizada, procuramos avaliar o percentual de pacientes que apresentam dificuldades importantes com relação à imagem corporal. São pacientes que realizam reiteradas cirurgias plásticas e nunca se sentem satisfeitos com os resultados obtidos.

Foi aplicado um questionário com objetivo de identificar possíveis dificuldades com relação à imagem corporal em pacientes que iriam se submeter a procedimentos cirúrgicos estéticos no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas da PUC.

CIRURGIA PLÁSTICA

A Cirurgia Plástica é uma prática que acompanha a humanidade há milênios. Surgiu na Índia, onde eram utilizadas técnicas rudimentares de cirurgia estética para corrigir imperfeições físicas de mutilados, visto que nesta época era comum as pessoas perderem o nariz, ou parte dele, como punição por terem praticado algum delito ou como marca por terem sido prisioneiros de guerra. Como este defeito físico, além de representar fealdade, carimbava-os com o sinal humilhante de escravidão ou com o estigma do ato ilícito, acabavam recorrendo aos artífices indianos para moldarem e reconstruírem um substituto nasal (1).

Com os egípcios, gregos, romanos, chineses, os procedimentos foram aperfeiçoados. Contudo, somente a partir da segunda guerra mundial (1914) é que a cirurgia plástica surgiu como uma especialidade da cirurgia geral, sendo um meio de readaptação funcional dos feridos na guerra (1).

Em 1930, em Paris, foi criada a Sociedade Científica Francesa de Cirurgia Reparadora, Plástica e Estética. Os cirurgiões passaram então a tratar das vítimas de acidentes de trânsito, alargando seu campo de atuação. A partir deste ponto, as técnicas começaram a atingir o âmbito da vaidade humana (1).

Somente após a segunda guerra mundial, em 1940, é que esta especialidade passou a ser vista por um novo ângulo, pois, mediante as cirurgias, era possível desenvolver, ao menos parcialmente, o sentido da vida aos herdeiros diretos daquela catástrofe. A cirurgia estética, portanto, começou a ser reconhecida como um meio de restabelecer o equilíbrio psíquico de pessoas descontentes com seu físico (1).

A cirurgia plástica é uma especialidade cirúrgica bastante abrangente, que atende pacientes de ambos os sexos e todas as faixas etárias. Além de melhorar aspectos desarmônicos, a Cirurgia Plástica restaura a anatomia e a funcionalidade de diversas partes do corpo (2).

BELEZA E NARCISISMO ATRAVÉS DA HISTÓRIA: IDEIAS CONTEMPORÂNEAS COMPREENDIDAS À LUZ DA PSICANÁLISE

A beleza tem sido vista como um bem, um dom desejado pelos seres humanos. Apesar da natureza efêmera da beleza física, a cultura da beleza e a arte de modificar a aparência pessoal têm a finalidade de tornar a pessoa mais atraente, mais bela e desejável. A beleza em geral, é uma preocupação que atinge mais as mulheres e pode ser percebida a partir da mitologia grega, na qual os deuses refletiam desejos e defeitos humanos, colocando a beleza como motivo de disputa entre as principais deusas do Olimpo: Afrodite, Hera e Palas Atenas (3).

Entre os filósofos, a beleza é tratada por Sócrates e Platão. O primeiro distingue 3 categorias estéticas (beleza ideal, espiritual e útil) e o segundo, propõe a beleza como harmonia e proporção das partes, a beleza como um esplendor (3).

Este ideal clássico é retomado durante o Renascimento, na idade média, influenciando artistas como Leonardo Da Vinci (1490), que calculava as proporções do corpo humano. Os corpos são atléticos e musculosos, como aparece na pintura da *Vulva*, de Da Vinci, em 1509 (3). **PINTURAS**

No século 17, as obras se tornam mais eróticas, com corpos menos musculosos, explorando as curvas dos modelos femininos, como a *Vênus no Espelho*, de Diogo Velásquez (1648) (3). **PINTURAS**

Já o século 20, agrega a valorização do corpo e a preocupação em liberá-lo, mas, ao mesmo tempo, em controlá-lo. Há uma valorização demasiada pela aparência física, ainda influenciada pelos modelos que reforçam um corpo “sarado” e com músculos delineados, tendência que ainda se apresenta forte neste início do século 21 e é reforçada por ambos os gêneros. Entre as mulheres, a preocupação estética tornou-se maior com relação à eliminação de rugas, celulites e gorduras localizadas, proliferando-se ainda mais as academias de ginástica e cirurgões plásticos, cuja função é “esculturar” o corpo feminino (3).

Observa-se uma demanda cada vez maior de pacientes insatisfeitos com sua aparência, que apresentam repetidas queixas com relação ao corpo, sendo esta insatisfação exagerada. Tais pacientes procuram alternativas como a cirurgia plástica, muitas vezes, sem indicação cirúrgica. Esses pacientes buscam a perfeição de uma imagem ideal e de um padrão estético de beleza, determinados pela sociedade de consumo e pela mídia da cultura contemporânea. O padrão estabelecido pela cultura hoje é a beleza e corpo perfeito, e não mais o sujeito na sua subjetividade (3).

A necessidade de se enquadrar neste padrão estético é a tentativa de uma reparação narcisística, localizada na auto-imagem, no externo e no corpo físico. Este confronto, entretanto, significa a impossibilidade de atingir um ideal de si mesmo, uma singularidade própria. Através da obsessão pela aparência física, algumas pessoas apresentam uma distorção da própria imagem corporal, causando uma dissociação, uma crise de identidade e até mesmo uma despersonalização, em casos mais graves. O sujeito se percebe como vítima de um infortúnio, imposto pelo exterior, por não ter um corpo perfeito, que a cultura moderna exige nos dias atuais (4).

Através de pedidos de correções de natureza física e objetiva, percebe-se uma inconformidade psíquica e subjetiva, ligada a situações de perdas, conflitos, frustrações, baixa auto-estima e perda da identidade. Existe no discurso destas pessoas uma carência de simbolizações e uma incapacidade de representação psíquica, pois não conseguem expressar em palavras suas emoções, seus afetos e seus desejos. A tentativa de lidar com as insatisfações, com este mal estar interno, é projetar no corpo, no “defeito”, uma reparação, modificando-o em busca da perfeição (4).

Esta preocupação com a aparência se apresenta hoje como uma espécie de tirania. As imperfeições e defeitos são vividos como uma catástrofe e um desmoronamento de si próprio. O que está oculto nesta vivência é a ameaça de despersonalização da integridade corporal (4).

TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: CONCEITUALIZAÇÃO E PSICODINÂMICA

O termo dismorfofobia vem do grego (dis = anormal, morfos = forma, fobos = medo), significando um medo anormal relacionado à feiúra na aparência. Os dois maiores sintomas que caracterizam este transtorno são a distorção da imagem corporal e ideação supervalorizada. Quando estes sintomas se apresentam como problema primário e como foco principal do tratamento, tem-se presente o TDC (5).

A expressão “dismorfofobia” foi criada por Enrico Morselli, psiquiatra italiano, em 1891, onde relatava a existência de indivíduos atormentados pela idéia de terem deformidades físicas. Descreveu como um sofrimento subjetivo de feiúra acompanhado pela sensação de que seus defeitos eram percebidos por terceiros (6).

Em 1903, o psicólogo e médico Pierre Janet (1859- 1974), produziu importantes contribuições para o estudo das desordens mentais, descrevendo a obsessão da vergonha do corpo, enfatizando o extremo desconforto dos indivíduos que se sentiam feios e ridículos, diferenciando estes quadros da anorexia e da histeria (6).

Kraepelin (1856- 1926), psiquiatra alemão, considerou a dismorfofobia como uma das formas clínicas da série de medos obsessivos que surgem do contato com outras pessoas (6).

O “*Homem dos Lobos*”, caso clínico publicado por Freud em 1910, apresentava entre outros sintomas, uma preocupação excessiva com a aparência de seu nariz. Antes de iniciar a análise com Freud, já havia feito reiterados tratamentos (6).

Na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) de 1993, a dismorfofobia aparece incluída na categoria da hipocondria. No DSM- III (Diagnostic Manual of Mental Disorders), a dismorfofobia passou a ser mencionada como exemplo de transtorno somatoforme. Em 1987 é que ocorre a mudança na nomenclatura de dismorfofobia para transtorno dismórfico corporal (TDC) (6).

O Transtorno dismórfico corporal ainda é pouco estudado por profissionais da saúde mental, provavelmente por estes procurarem primeiramente clínicas dermatológicas e de cirurgia plástica (6).

O TDC é caracterizado por uma preocupação com um defeito imaginário na aparência física em uma pessoa de aparência normal. Esta preocupação com o defeito, para ser considerado como tal deve causar significativo prejuízo nas atividades sociais e ocupacionais ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (5). Em geral os pacientes com este diagnóstico se preocupam com a forma de seus narizes, deformidade nos dentes, entre outras (6).

Os pensamentos persistentes sobre os defeitos na aparência corporal podem ser intrusivos à consciência e, com frequência, delirantes. É difícil resistir a eles, e em geral são acompanhados por rituais de olhar-se no espelho constantemente. Não são acompanhados de nenhuma crítica pelo paciente, sendo assim, egodistônicos, ou seja, em desacordo com o gosto da pessoa, fazendo-a sofrer (6).

Conforme o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) as queixas dos indivíduos envolvem, geralmente, “falhas imaginadas ou leves na face ou na cabeça, tais como perda de cabelos, acne, rugas, cicatrizes, marcas vasculares, palidez ou rubor, inchaço, assimetria ou desproporção facial, ou pêlos faciais excessivos”. Outras preocupações envolvem ainda, aspectos relacionados ao nariz, olhos, orelhas, boca, lábios, dentes, queixo, bochechas entre outros. No entanto qualquer outra parte do corpo pode ser o foco de preocupação destes indivíduos (7).

Critérios diagnósticos para Transtorno Dismórfico Corporal conforme DSM-IV:

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

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

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

Freqüentemente os indivíduos perdem horas do seu dia verificando o “defeito” percebido. Pode ocorrer um excessivo cuidado com a aparência , o que tende a aumentar ainda mais a ansiedade destas pessoas. Estes pacientes acreditam freqüentemente que outras pessoas podem estar lhes observando, focando especialmente a parte que consideram defeituosa. Apresentam baixa auto- estima e dificuldades de relacionamento. Costumam ser perfeccionistas e bastante sensíveis à rejeição (8).

O Transtorno Dismórfico Corporal pode ser compreendido pela psicanálise como uma ferida narcísica ou uma falha na constituição do Eu (4).

As tentativas de alcançar a perfeição de um ideal de si mesmo são sustentados por um desejo de restaurar o laço narcisístico com o bom objeto, mas esta busca é irreparável, pois se remete à ferida narcísica e às primeiras identificações, que jamais serão alcançadas porque já foram perdidas. E vale, para estes pacientes, o sacrifício de sentir e sofrer na própria pele a dor, o inchaço, a cicatriz em prol da promessa de uma forma perfeita, de bem- estar, longevidade, ser amado, melhorar auto-estima (4).

Em termos psicodinâmicos, é visto como um deslocamento inconsciente de conflitos emocionais ou sexuais para partes do corpo. Os principais motivos para o desenvolvimento dos sintomas seriam os desejos incestuosos primitivos e a ansiedade de castração. Esses eventos ocorreriam através de mecanismos de defesa como repressão, dissociação, distorção, simbolização e projeção (6).

Os pacientes portadores do TDC apresentam elevada taxa de comorbidade como transtornos depressivos e suas famílias têm histórico positivo para transtorno do humor e transtorno obsessivo compulsivo (TOC) maior que o esperado, assim como resposta terapêutica preferencial aos antidepressivos que elevam os níveis de seratonina (6).

São pacientes que vivenciam intenso sofrimento psíquico. Relatam suas preocupações como intensamente dolorosas e, com freqüência, passam horas ruminando sobre seus problemas. Esse efeito devastador pode ser responsável por abandono de emprego ou escola, evitação de interesses sociais, como relacionamentos íntimos e de amizade, e surgimento de dificuldades conjugais ou financeiras. Cerca de 25% dos portadores de TDC tentam suicídio (5)

Verificações frente ao espelho ou superfícies refletoras são bastante comuns e consomem horas do dia do indivíduo. Alguns pacientes chegam a utilizar luzes especiais para verificar sus “deformidades”. Existe um cuidado demasiado com a aparência, como escovar repetidamente os cabelos, aplicar maquiagem demais e arrancar os pêlos do corpo compulsivamente (8).

Embora tenham objetivo de reduzir a ansiedade, estas verificações, muitas vezes, tem efeito contrário, aumentando angústias e preocupações. O insight acerca de suas idéias, em geral é pobre, sendo que alguns pacientes são francamente delirantes, isto é, apresentam uma convicção inabalável quanto à veracidade de suas queixas, tornando-se impossível fazer com que mudem de idéia (4).

TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL NA CIRURGIA PLÁSTICA

Embora não seja um Transtorno que aparece freqüentemente em clínicas de tratamento psicológico, pode ser facilmente encontrado em clínicas dermatológicas e de cirurgia plástica, na busca de consertar o “defeito”, que é objeto da obsessão destes pacientes (9).

Além de buscarem por Cirurgias Plásticas, estes pacientes freqüentemente ficam insatisfeitos com o resultado das mesmas. As áreas do corpo relatadas com maior freqüência nas Clínicas de Cirurgia Plástica, envolvem cabelo, nariz, olhos, coxas, abdômen, lábios, queixo e cicatrizes. O tamanho e a forma dos seios também preocupam paciente com TDC (8).

Através de uma entrevista estruturada, é possível avaliar as condições psicológicas dos pacientes para cirurgias. Caso seja detectado um distúrbio psicológico grave, o paciente será melhor encaminhado para um Psicólogo ou Psiquiatra. O Cirurgião Plástico deve ficar alerta para estes tipos de transtornos quando deparar-se com pacientes que frente a um mínimo defeito o transforma em algo catastrófico, demonstrando aversão e repugnância pelo mesmo (4).

Além disso, pacientes com maquiagem excessiva ou parecidos com bonecas (doll-like) e ainda pacientes que estão sempre juntos com um amigo, pais ou parentes também devem ser colocados sob sinal de alerta. A dificuldade aumenta na avaliação do grau de incapacidade apresentado por indivíduos com um distúrbio menos grave, que pode tornar-se sintomatologicamente florescido depois da prática cirúrgica (9).

Estima-se que de 6 a 15% dos pacientes que se apresentam à cirurgia plástica cosmética pode ter tal diagnóstico. Pacientes com cirurgias anteriores, especialmente aqueles com múltiplas cirurgias e que ainda estão insatisfeitos podem freqüentemente estar enfrentando TDC (10).

A expectativa desses pacientes de que ocorrerá uma melhora nos fatores externos (aumento da rede social, relacionamentos e emprego) com a Cirurgia Plástica é o fator primordial para que a realizem. Por isso, o resultado da Cirurgia Plástica para cada paciente deve ser julgado tanto em termos psicológicos quanto em relação as mudanças objetivas, pois suas expectativas se relacionam com fatores psicológicos e psicossociais (8).

A solução para estes pacientes, muitas vezes, passa a ser fazer mais cirurgias, principalmente para aqueles que vêem na Cirurgia Cosmética um remédio para todos seus problemas. Existe uma forte possibilidade de que fiquem desapontados quando as mudanças físicas realizadas não levarem ao resultado social que pretendiam alcançar, aumentando assim a ansiedade e levando a sentimentos de raiva, desesperança e desespero (9).

Inevitavelmente, todos os cirurgiões plásticos terão a experiência de ter um paciente profundamente insatisfeito com o resultado cirúrgico, até mesmo quando o resultado foi satisfatório. Um problema menor, como cicatrização, dormência ou hematomas pode desencadear uma profunda insatisfação e desapontamento nos pacientes com TDC (9).

TRATAMENTO

Havendo suspeita ou identificação do TDC, é fundamental que se evite a prática cirúrgica e o paciente seja encaminhado a um profissional de saúde mental. A psicoterapia de apoio é indicada para lidar com os componentes presentes no transtorno. A psicoterapia dirigida ao Insight pode não apresentar bons resultados, visto que são pacientes com capacidade pobre de insight (10).

É primordial a psicoeducação sobre o Transtorno ao paciente. Uma vez aceita a possibilidade de tratamento pelo paciente é importante trabalhar na conscientização do paciente sobre as implicações da doença na vida dele e de familiares (4).

Algumas medicações complementam a Terapia de Apoio ou dirigida ao Insight. Inibidores de recaptção de Seratonina, como clomipramina ou a fluoxetina em particular são muito úteis clinicamente, uma vez que também são indicados para transtornos de ansiedade (11).

Em caso de convicções delirantes deve-se associar antipsicóticos aos antiobsessivos, como a risperidona, a olanzapina ou até mesmo antipsicóticos mais antigos como a clorpromazina ou haloperidol (11).

MÉTODO

Foi utilizada para apreciação dos dados desta pesquisa, um questionário padronizado, específico para o diagnóstico de Transtorno dismórfico corporal. Foi realizada um entrevista com 40 mulheres, independente da classe social, idade ou raça, no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas da PUCRS, no período anterior a cirurgia plástica juntamente com o questionário que segue abaixo:

Nome:
Idade:
Sexo:
Estado civil:
Profissão:
Tipo de cirurgia: () Rididoplastia () Rinoplastia () Mentoplastia () Abdominoplastia () Gluteoplastia
() Lipoplastia () Blefaroplastia () Otoplastia () Mamoplastia () Braqueoplastia
() Outras

Realiza (ou) atendimento psicológico ou psiquiátrico? () sim () não

Usa medicação? () sim () não

() Antidepressivo

() Antipsicótico

() Ansiolítico

() Anticonvulsivante

() Indutor do sono

() Regulador do humor

() Outros

Este questionário fala sobre a aparência física. Favor ler cada questão com cuidado e marcar a resposta que melhor descreve sua aparência:

1. Você fica preocupado com sua aparência ou parte de seu corpo que considera não atrativo?

() sim () não

Se for sim, isso o preocupa? Você pensa muito sobre isso ou desejaria pensar menos?

() sim () não

Se sim, quais são elas? (EX. de áreas incluindo sua pele (acne, cicatriz, rugas, palidez, vermelhidão); cabelos (perda, cabelos finos); nariz (forma e tamanho); boca, mandíbula, lábio, estômago, quadril ou

defeitos incluindo sua mão, genitais, peito ou outra parte de seu corpo) especifique suas preocupações sobre a aparência do seu corpo com detalhes: _____

OBS: Caso você responder NÃO para um das questões anteriores, você está terminando este questionário agora. Caso contrário continue:

2. Entre suas principais preocupações, incluem-se ser magro o suficiente ou não ser gordo em excesso?
() sim () não

3. Como essas preocupações afetam sua vida:

3.1 Seus defeitos têm causado muita aflição, angústia, dor?
() sim () não

3.2 Interfere significativamente na sua vida social?

() sim () não

Se for SIM, como? _____

3.3 Seus defeitos têm interferido significativamente no trabalho, na aula, habilidades, funções como afazeres de casa?

() sim () não

Se for SIM, como? _____

3.4 Existem coisas que você evita por causa de seus defeitos?

() sim () não

Se for SIM, quais? _____

3.5 A rotina normal de sua família e de amigos tem sido afetada com seus defeitos?

() sim () não

Se SIM, como? _____

4. Quanto tempo você gasta por dia pensando sobre seu defeito, em média?

- Menos de uma hora por dia
- De uma a três horas por dia
- Mais que três horas por dia

OBJETIVOS

Verificar a prevalência de Transtorno Dismórfico Corporal no pré- operatório do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Das quarenta mulheres entrevistadas e submetidas ao questionário todas responderam que se preocupam com a aparência ou parte do corpo que considera especialmente não atrativa. No entanto 18 pacientes, equivalente a 45% das entrevistadas, relataram que isso não é preocupante e que não desejariam pensar menos na sua aparência.

Das 22 pacientes restantes (55%) que diz preocupar-se com essa questão estética, relatam que a preocupação maior é com glúteos, abdômen, quadril e seios.

Ainda dentre estas 22 pacientes, 12 se preocupam em ser mais magras, sentem aflição, angústia ou dor. Entre estas, 6 ainda referem interferência significativa na vida social, no trabalho e outras habilidades sociais, alterando a rotina normal de sua família e amigos. Além disso, evitam usar determinadas roupas por causa do “defeito” no corpo.

Baseando-se nestes escores e nos prejuízos acarretados pelo “defeito”, assim como no histórico de cirurgias plásticas prévias, conclui-se que 6 (15%) das pacientes pode estar sofrendo de Transtorno dismórfico corporal.

Conclui-se então:

	Nº Pacientes	Percentual
Preocupam-se com a aparência ou parte do corpo	40	100%
Já realizou atendimento Psicológico	16	40%
Desejaria pensar menos na aparência	22	55%
Das paciente que desejariam pensar menos (55%)		
As que preocupam-se em ser mais magras	12	30%
Sentem aflição angústia ou dor	12	30%
Interferência significativa na vida social e ocupacional	6	15%
Evitam usar determinadas roupas	6	15%
TOTAL DE PACIENTES COM TDC NO SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL SÃO LUCAS	6	15%

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande mal estar do sujeito hoje é a insatisfação, um sentimento de inutilidade e de vazio, uma baixa auto-estima, uma ansiedade e uma intolerância a qualquer frustração. Esse mal estar leva a buscar soluções imediatistas para aplacar as angústias, sofrimentos e conflitos. O sujeito da cultura contemporânea está perdido e imerso na ilusão. Necessita descobrir um modo de existência e um estilo de vida saudável.

Apesar da maioria dos pacientes com Transtorno Dismórfico Corporal procurarem inicialmente tratamento com Cirurgiões Plásticos e dermatologistas, eles seriam mais eficientemente tratados em consultórios psicológicos ou psiquiátricos, visto que os resultados em cirurgias são imprecisos, enquanto que os tratamentos comportamentais e farmacológicos são promissores.

A causa do TDC não é conhecida. Entretanto, fatores psicológicos podem ter um papel importante, incluindo as precoces brincadeiras/zombarias na escola e o foco da mídia na perfeição corporal. Achados mostram que o TDC está aumentando na população em geral, com uma incidência de 2%.

Cabe a nós profissionais da saúde mental, tentarmos entender estes pacientes que vão a procura de um suporte narcísico e sentir seu olhar sustentado num trabalho de restauração. Corrigir na pele, enxertar, colocar, tirar e criar formas perfeitas, são, nestes

casos, tentativas de dar um contorno, um limite no corpo e no próprio Eu, e de dar um sentido à própria existência, de uma identidade, com esperança de atingir uma aparência idealizada, que irá influenciar na identidade subjetiva e na imagem que tem de si mesmo.

Foi encontrado no total de pacientes pesquisados um percentual de 15%, o que corrobora com a literatura pesquisada de que 6 a 15% de pacientes que buscam a Cirurgia Plástica tem TDC.

É de extrema importância que os cirurgiões se conscientizem da realização de uma avaliação psicológica pré e pós-operatória dos seus pacientes, evitando assim futuros constrangimentos e incômodos com pacientes com este e outros transtornos como por exemplo, a depressão. A orientação de pais e responsáveis, a fim de esclarecer dúvidas, expectativas a respeito da cirurgia e do pós-operatório também deve ser amplamente considerada.

Para paciente com Transtorno Dismórfico Corporal, corrigir os defeitos e imperfeições no corpo anatômico seria, na verdade uma tentativa de reparar as “cicatrizes invisíveis internas” que ainda não puderam ser nomeadas, decodificadas e colocadas em palavras.

Acredita-se que para resultados mais fidedignos, levando em consideração que muitos dos sintomas do TDC aparecem posteriormente a prática cirúrgica, seria interessante a reaplicação dos questionários no período pós-cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Whillhelm, C. N. **Responsabilidade Civil do Cirurgião Plástico: Obrigação de meio ou de resultado?**. Porto Alegre: Stampa, 2009.
2. Crisp, AH. **Dysmorphophobia and the search for cosmetic surgery**. In: Br med 1981, apr 4, p. 282.
3. Eco, Umberto. **História da Beleza**. Rio de Janeiro: Record, 2004.
4. Portella, Mônica. Espelho, espelho meu, quem sou eu? Narcisismo e ideais na contemporaneidade. In: Filho, Leonardo G. (org). **De Mal com o Espelho: O Transtorno dismórfico corporal**. Rio de Janeiro: AC farmacêutica, 2007
5. Hodgkinson, D.J. **Identifying the Body- Dysmorphic Patient Aesthetic Surgery** . In: Aesthetic Plastic Surgery **29** , p.503-509, 1998.
6. Filho, Leonardo G. O transtorno dismórfico corporal. In: Filho, Leonardo G. (org). **De Mal com o Espelho: O Transtorno dismórfico corporal**. Rio de Janeiro: AC farmacêutica, 2007.
7. American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Texto revisado- DSM IV- TR**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
8. Perrogon F. **Aesthetic surgery, patients opinion. Quantitative an qualitative analysis of aesthetic surgery results of 481 survey and 50 records of “dissatisfie” patients**. In: Plastic Surgery **48**, p. 45-48, 2003
9. Moritz, K. Yaryura- Tobias, J. Neziroglu, F. **Transtorno do Corpo Dismórfico**. In: Range, B. Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos, Cap 8, p. 123- 131, 1998.
10. Sarwer DR, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. **Body image dissatisfaction an Body Dysmorphic Disorder in 100 cosmetic surgery patients**. In: Plastic Reconstructive Surgery **101**, p. 1644-1649, 1998.
11. Cordioli, A. V. **TOC - Manual da terapia cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo**. Porto Alegre: Artmed, 2007.