



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**Fernanda Dias Coelho**

**(IN)SATISFAÇÃO CORPORAL EM MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA  
PLÁSTICA**

JUIZ DE FORA  
2013

**Fernanda Dias Coelho**

**(IN)SATISFAÇÃO CORPORAL EM MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA  
PLÁSTICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Educação Física por Fernanda Dias Coelho.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira

JUIZ DE FORA  
2013

**Fernanda Dias Coelho**

**(IN)SATISFAÇÃO CORPORAL EM MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA  
PLÁSTICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Educação Física por Fernanda Dias Coelho.

APROVADA EM \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.º. Dr.º. Paulo Roberto Gibaldi Vaz  
Universidade Federal de Rio de Janeiro

---

Prof.º. Dr.º. Sérgio Henrique de Oliveira Botti  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Orientadora: Prof.ª. Dr.ª. Maria Elisa Caputo Ferreira  
Universidade Federal de Juiz de Fora

*"Sonho que se sonha só  
É só um sonho que se sonha só  
Mas sonho que se sonha junto é realidade."  
(Raul Seixas - Prelúdio)*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre iluminar meus caminhos, me mostrando as melhores escolhas para minha vida.

À CAPES, pela bolsa concedida para a realização desse estudo!

Aos meus pais, Antonio e Rosa, que sempre estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis, me dando força e acreditando na minha capacidade.

Ao meu filho, Daniel, por compreender minhas ausências como mãe nos finais de semana e ser paciente nos momentos em que não pude dar a atenção que gostaria. Por ser sempre meu estímulo desde a graduação!

À minha irmã, Fabiane, pelas conversas a respeito dos nossos desejos sobre a vida e os momentos em que pode me acalmar.

Ao Santiago, presente que o mestrado me proporcionou! Por todos os finais de semana que estávamos estudando juntos! Por ter sido não só um amigo, mas um incentivador para que eu nunca desistisse dos meus objetivos!

A todos os meus familiares, por me incentivarem e entenderem minhas ausências e momentos de mau humor!

À professora Maria Elisa, por sua calma e paciência em me orientar, que pude conhecer um pouco mais durante o mestrado e perceber que poderia contar com sua colaboração não só como orientadora!

Ao colega Pedro, pela coorientação! Sem dúvida, devo grande parte desse trabalho a você, que sempre teve boa vontade em me orientar, trocar experiências e inseguranças sobre o mestrado!

Às colegas que o mestrado me deu: Carla e Luciana. Por tantas conversas e brincadeiras que nos acalmaram muito durante esses longos meses do curso.

Aos colegas do Labesc: Jú, Clara, Carlos, Léo, Aninha e Nathália. Por inúmeras trocas de experiências e colaboração em trabalhos juntos!

A todas as voluntárias que disponibilizaram parte do seu tempo respondendo questionários e entrevistas!

Às minhas amigas, principalmente, Valéria, Tatiana e Fabiana, que mesmo nos dias em que eu estive mais esgotada se mostraram pacientes e me apoiaram durante o mestrado todo!

Aos professores Paulo Vaz e Sérgio Botti, pela contribuição em relação ao meu trabalho e por fazerem parte da minha banca!

Sem cada um de vocês eu não teria conseguido sozinha! Muito obrigada!

## RESUMO

A cirurgia plástica vem se tornando uma prática comum no mundo todo, principalmente entre as mulheres. O Brasil ocupa o segundo lugar no *ranking* mundial de cirurgias plásticas, sendo os Estados Unidos da América o primeiro colocado. A imagem corporal é o principal tema de pesquisa relacionado ao procedimento cirúrgico na realização de pesquisas que avaliam a motivação desses indivíduos em optarem por tal procedimento. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar a satisfação com o corpo em mulheres submetidas à cirurgia plástica. Além disso, buscou-se verificar como estas se sentem em relação à aparência física e a motivação para a realização da cirurgia plástica. Para tanto, a presente dissertação foi estruturada em dois estudos: o primeiro se trata de um estudo quantitativo, comparativo e correlacional, com característica transversal. Neste, foram empregados três instrumentos: o *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), a *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3* (SATAQ-3) e o *Body Shape Questionnaire* (BSQ). Já no segundo estudo, voltado para uma abordagem qualitativa, foi realizada uma entrevista semiestruturada a fim de analisar os discursos das voluntárias sobre seus corpos e cirurgia plástica. Verificou-se que, independente do número de cirurgias plásticas realizadas, os níveis de satisfação corporal, influência da mídia e preocupação com a forma ou partes do corpo não apresentaram diferenças estatisticamente significativa para essas mulheres. Quando analisado o conteúdo da entrevistas, constatou-se que a insatisfação com o corpo ou a região operada foi o principal motivo para a realização do procedimento. Do mesmo modo, verificou-se que estas mulheres não se encontram totalmente satisfeitas com sua aparência física, podendo realizar outros procedimentos em momentos futuros. Dessa forma, conclui-se que a cirurgia plástica não foi capaz de influenciar na insatisfação corporal das voluntárias. Além do mais, o número de cirurgias plásticas não interferiu no nível de satisfação com seus corpos.

**Palavras-chave:** imagem corporal, cirurgia plástica, satisfação corporal.

## ABSTRACT

Plastic surgery has become a common practice, especially among women worldwide. Brazil ranks second in the world ranking of plastic surgery, and the United States the first place. The body image is a major research topic related to the surgical procedure in conducting research to assess the motivation of these individuals to opt for this procedure. Thus, the present study aimed to assess satisfaction with the body in women undergoing plastic surgery. In addition, we sought to verify how they feel about the physical appearance and achievement motivation of Plastic Surgery. Therefore, this thesis is structured in two studies : first , it is a quantitative, comparative and correlational, with characteristic cross. In this , we employed three instruments: the Body Dysmorphic Disorder Examination ( BDDE), the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire- 3 ( SATAQ - 3 ), the Body Shape Questionnaire (BSQ) .In the second study, focused on a qualitative approach, a semistructured interview was conducted to analyze the speeches of volunteers about their bodies and Plastic Surgery. It was found that, regardless of the number of plastic surgeries performed, the levels of body satisfaction, media influence and concern with the shape or body parts showed no statistically significant differences for these women. When analyzing the content of the interviews, it was found that body dissatisfaction or operated region was the main reason for the procedure. Furthermore, it was found that these women are not fully satisfied with their physical appearance, being able to perform other procedures in future moments. Thus, it was concluded that the Plastic Surgery was not able to resolve the dissatisfaction body of volunteers. Moreover, the number of plastic surgery did not affect the level of body satisfaction.

**Keywords:** body image, cosmetic surgery, body satisfaction.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Artigos encontrados/ utilizados para o estudo .....	39
Figura 2	Matriz de associação entre as variáveis: insatisfação corporal, influência da mídia e traços de Transtorno Dismórfico Corporal .....	64
Figura 3	Atividade física .....	68
Figura 4	Aparência física .....	70
Figura 5	Satisfação com o corpo .....	74
Figura 6	Motivação para a cirurgia plástica .....	77
Figura 7	Realização de outra cirurgia plástica .....	80

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Classificação mundial dos países em cirurgias plásticas.....	26
Tabela 2	Cirurgias plásticas mais populares.....	28
Tabela 3	Estudos que traçam o perfil dos pacientes de cirurgia plástica, fatores motivacionais que levam à cirurgia e efeitos psicológicos do procedimento cirúrgico.....	40
Tabela 4	Estudos que envolvem cirurgia plástica, imagem corporal e TDC .....	44
Tabela 5	Número de cirurgias plásticas realizadas .....	57
Tabela 6	Variáveis investigadas por grupos .....	58
Tabela 7	Critérios do BDDE .....	61
Tabela 8	Matriz de associação entre as variáveis: insatisfação corporal, influência da mídia e traços de Transtorno Dismórfico Corporal .....	65
Tabela 9	Perfil das participantes .....	67

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS	<i>Acceptance of Cosmetic Surgery Scale</i>
Appearance RS	<i>Appearance Based Rejection Sensitivity</i>
ASI-R	<i>Subscale Appearance Schemas Inventory Revised</i>
ASPS	<i>American Society for Plastic Surgeons</i>
BAS	<i>Body Appreciation Scale</i>
BDDE	<i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i>
BDDQ	<i>Body Dysmorphic Disorders Questionnaire</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BICI	<i>Body Image Concern Inventory</i>
BICSI	<i>Body Image Coping Strategies Inventory</i>
BIDQ	<i>Body Image Disturbance Questionnaire</i>
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
BPQ	<i>Body Perception Questionnaire</i>
BUT	<i>Body Uneasiness Test</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCEI	<i>Trown-Crisp Experimental Inventory Anxiety Scale</i>
CPE	Cirurgia plástica estética
CPPS	<i>Cosmetic Procedure Scale</i>
CPR	Cirurgia plástica reparadora
CPS	Escala de Personalidade de Comrey
CSAQ	<i>Cosmetic Surgery Attitudes Questionnaire</i>
DAS24	<i>Derriford Appearance Scale 24</i>
DeCs	Descritores em Ciência da Saúde
DMS-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4ª edição</i>
EDI-3	<i>Eating Disorders Inventory-3, driver for thinness</i>
EQ-5D	<i>Questionnaire European Quality</i>
ESIC	Escala de insatisfação com a imagem corporal
EUA	Estados Unidos da América
Euro-QOL	<i>European Quality of Life</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
ICSQ	<i>Interest in Cosmetic Surgery Questionnaire</i>

IMC	Índice de Massa Corporal
ISAPS	<i>International Society of Aesthetic Plastic Surgery</i>
LIS	Localizador de Informação em Saúde
LSQ	<i>Life Satisfaction Questionnaire</i>
MBSRQ	<i>Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire</i>
MBSRQ-AE	<i>Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire Appearance Evaluation</i>
MBSRQ-BASS	<i>Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire Appearance Evaluation- Body Area Satisfaction Scale</i>
OVIS	<i>Overvalued Ideas Scale</i>
PIE	<i>Profile Index of Emotion</i>
ROE	<i>Rhinoplasty Outcomes Evaluation Questionnaire</i>
RSE	<i>Rosenberg Self-esteem Scale</i>
RSES	<i>Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale</i>
SATAQ-3	<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire – 3</i>
SBCP	Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
SCL-90	<i>Self-Report Symptom Inventory-Revised</i>
SF-36	<i>Short-form 36 Health Survey Questionnaire</i>
SW	<i>Shapiro- Wilk</i>
TDC	Transtorno Dismórfico Corporal
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
YBOCS-BDD	<i>Yale Brown Obsessive Compulsive Scale - modified for Body Dysmorphic Disorder</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	16
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
3.1 IMAGEM CORPORAL: CONSTRUÇÃO DE CONCEITOS .....	17
3.2 CIRURGIA PLÁSTICA .....	21
3.3 CIRURGIA PLÁSTICA E IMAGEM CORPORAL .....	31
<b>4 MÉTODOS</b> .....	50
4.1 ASPECTOS ÉTICOS .....	50
4.2 PERCURSO METODOLÓGICO .....	50
4.3 METODOLOGIA: ESTUDO 1 .....	50
<b>4.3.1 População e amostra</b> .....	50
<b>4.3.2 Instrumentos</b> .....	51
4.3.2.1 Satisfação corporal .....	51
4.3.2.2 Transtorno Dismórfico Corporal .....	52
4.3.2.3 Influência da mídia .....	52
<b>4.3.3 Procedimento para coleta de dados</b> .....	53
<b>4.3.4 Análise dos dados</b> .....	53
4.4 METODOLOGIA: ESTUDO 2 .....	54
<b>4.4.1 Amostra</b> .....	54
<b>4.4.2 Instrumentos</b> .....	54
<b>4.4.3 Procedimentos para coleta de dados</b> .....	55
<b>4.4.4 Análise dos dados</b> .....	55
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	57
5.1 ESTUDO 1 .....	57
5.2 ESTUDO 2 .....	67
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	84
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	87
<b>ANEXOS</b> .....	99

## 1 INTRODUÇÃO

A imagem corporal é a figura que temos em nossa mente, do tamanho e forma do nosso corpo (SCHILDER, 1999), e ainda, nossos sentimentos sobre essas características e as partes constituintes do nosso corpo (SLADE, 1994). Trata-se de um fenômeno multidimensional que incorpora os aspectos cognitivos, comportamentais, afetivos e perceptuais do corpo (CASH; SMOLAK, 2011).

A imagem corporal é formada por duas dimensões: perceptiva e atitudinal (CASH; PRUZINSKY, 2002). A dimensão atitudinal diz respeito à adoção de comportamentos e atitudes em relação ao nosso corpo, como a realização de dietas, prática de atividade física e a cirurgia plástica (SARWER; WADEN; WHITAKER, 2002).

De acordo com Muth e Cash (1997), as atitudes são construídas a partir de três aspectos: pensamentos de avaliação, afetos e comportamentos em relação ao corpo. A insatisfação com a imagem corporal está situada entre os aspectos afetivo e avaliativo das atitudes em relação ao corpo (SCAGLIUSI et al., 2006).

Segundo Benninghoven *et al.* (2007), a insatisfação corporal é um julgamento negativo que o indivíduo estabelece em relação ao seu corpo. Corroborando o conceito, Gardner (2004) explica ser a diferença entre o tamanho que a pessoa percebe de seu corpo e o tamanho que ela deseja possuir. Logo, o sentimento de desconforto gerado pela insatisfação corporal leva o indivíduo a assumir determinadas atitudes.

O risco do desenvolvimento da insatisfação corporal pode ser potencializado pela pressão sociocultural realizada através da propagação de figuras midiáticas, que são internalizadas como o padrão cultural de beleza (CASH, 2002), podendo levar muitos indivíduos a desenvolverem o interesse pela cirurgia plástica (MARKEY; MARKEY, 2010).

Sabe-se que a aceitação da cirurgia plástica e a influência sobre sua realização estão ligadas às mensagens da mídia e à opinião de pessoas próximas que já passaram por tal experiência e de familiares (CROCKETT; PRUZINSKY; PERSING, 2007; DELINSKY, 2005). Além disso, existe uma correlação positiva entre a aceitação da cirurgia plástica orientada pela aparência feita por influência da

mídia e o índice de massa corporal (HENDERSON-KING; BROOKS, 2009; SWAMI *et al.*, 2009).

A insatisfação com a imagem corporal é responsável por desencadear transtornos alimentares e distúrbios de imagem. Estes podem ser atribuídos ao excesso de preocupação e ao investimento em relação à aparência que estabelecem níveis de ligação com o corpo, variando desde cuidados necessários e saudáveis até o excesso, colocando a saúde em risco (CAMPANA; FERREIRA; TAVARES, 2012). Dentre os distúrbios de imagem, o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é o mais comum na população, sendo sua prevalência elevada em indivíduos que realizam cirurgias plásticas (COUGHLIN *et al.*, 2012).

O TDC é definido como uma preocupação com um defeito imaginário na aparência (DSM-IV, 1994). Indivíduos que sofrem do transtorno são extremamente insatisfeitos com sua aparência física ou alguma parte do corpo específica. Outros transtornos de ordem psiquiátrica também podem acometer esses indivíduos, como transtornos de humor e o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) (MULKENS *et al.*, 2012).

O sintoma nuclear do TDC é a insatisfação com a imagem corporal, categoria diagnosticada no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), livro americano que se refere diretamente às queixas com a imagem corporal (CONRADO, 2009). Indivíduos que sofrem de TDC acreditam que a cirurgia plástica é capaz de resolver o seu problema quanto à aparência física (PHILLIPS *et al.*, 2001). Entretanto, estudos que acompanharam a satisfação corporal desses indivíduos nos períodos pré e pós cirurgia plástica verificaram que não houve melhoria quanto a este aspecto da imagem corporal (LAMBROU, VEALE, WILSON, 2012; MULKENS *et al.*, 2012).

A prevalência de indivíduos que sofrem de TDC e procuram a cirurgia plástica nos Estados Unidos da América (EUA) encontra-se entre 5% e 15% (ISHIGOOKA *et al.*, 1998; SARWER *et al.*, 1998; VEALE, HARO, LAMBROU; 2003). Além disso, verifica-se que as condições psicológicas desses indivíduos no período pré-cirúrgico são favoráveis para tratamentos psiquiátricos ao invés do procedimento cirúrgico (MULKENS *et al.*, 2012).

Segundo levantamento realizado pela *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS) em 2011, o Brasil ocupa o segundo lugar no *ranking* mundial de cirurgias plásticas. Como se não bastasse a realização das cirurgias

plásticas em brasileiros, existe um elevado número de estrangeiros que optam por realizar a cirurgia no país, em virtude da qualidade dos serviços oferecidos pelos cirurgiões nacionais (FINGER, 2003) .

Goldenberg (2007) afirma que se assiste hoje no Brasil a uma crescente glorificação do corpo, com ênfase cada vez maior na exibição pública daquilo que antes era escondido e, aparentemente, mais controlado. O prestígio que se tem dado ao corpo hoje no país diante das mensagens midiáticas e o excesso do culto ao corpo são fatores relevantes ao se investigar os motivos que levam os brasileiros a realizarem a cirurgia plástica.

Pope, Phillips e Olivardia (2000) afirmam que a cirurgia plástica é um procedimento eletivo, através do qual se busca melhorar a aparência, modificando os traços originais da face ou formas do corpo que não agradam a seus portadores. Os estudos sobre cirurgia plástica apontam a imagem corporal como o principal tema relacionado ao assunto e o fator que melhor explica a realização do procedimento (COUGHLIN *et al.*, 2012).

As cirurgias mais realizadas mundialmente são: lipoaspiração, prótese de mama, blefaroplastia, rinoplastia e abdominoplastia, estando o Brasil em primeiro lugar na realização das seguintes cirurgias: lipoaspiração, blefaroplastia e rinoplastia (ISAPS, 2011).

Poucas são as pesquisas encontradas na literatura científica estudando a população brasileira no contexto da cirurgia plástica, satisfação corporal, influência da mídia e TDC. Diante disso e da atual situação do país em número de procedimentos, torna-se relevante o desenvolvimento da presente pesquisa.

Dessa forma, este estudo pretendeu investigar o contexto da cirurgia plástica no Brasil sob o aspecto da influência da mídia na internalização de padrões corporais, a prevalência de traços de TDC e a satisfação corporal de mulheres que já passaram por este procedimento cirúrgico. Além disso, objetivou-se analisar o discurso sobre aparência física e motivo que levou as voluntárias da pesquisa a realizar a cirurgia.

Esta dissertação foi dividida em dois estudos. Tal estrutura explica-se pela complementação que ocorre entre os mesmos. Ante as dificuldades existentes em preencher algumas lacunas encontradas na literatura através da utilização de instrumentos, optou-se por realizar um segundo estudo que buscasse responder a algumas indagações ainda presentes no meio científico. Portanto, no primeiro

estudo, os dados quantitativos foram capazes de levantar informações em relação às variáveis: mídia, TDC e satisfação corporal. Por conseguinte, o segundo, é uma pesquisa qualitativa, que procurou responder a questionamentos sobre como as mulheres que se submetem à cirurgia plástica se sentem em relação à sua aparência física e o motivo que as levou a realizar tal procedimento cirúrgico. Portanto, os estudos são caracterizados da seguinte maneira:

- Estudo 1: trata-se de uma pesquisa quantitativa, comparativa e correlacional (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012). Foram verificados os níveis de insatisfação corporal, a influência da mídia e a presença de traços de TDC nas voluntárias.

- Estudo 2: possui característica qualitativa e descritiva (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012). Verificou-se o discurso das voluntárias sobre sua aparência física e a motivação que as levou a realizar a cirurgia plástica.

O desenvolvimento desta pesquisa busca oferecer uma contribuição significativa quanto ao tema da cirurgia plástica tanto para o meio científico assim como para os profissionais de diversas áreas que lidam com este público. Espera-se através da publicação de trabalhos científicos alcançar a ampliação do conhecimento na área.

## 2 OBJETIVOS

Geral:

- Avaliar a satisfação com o corpo em um grupo de mulheres submetidas à cirurgia plástica no período pós-operatório;

Específicos:

- Verificar os níveis de satisfação corporal;
- Avaliar a influência da mídia na internalização de padrões corporais em mulheres submetidas à cirurgia plástica;
- Identificar a presença de traços de TDC e a preocupação com partes do corpo nas voluntárias;
- Avaliar o discurso sobre o corpo e aparência física das mulheres submetidas a cirurgias plásticas;
- Identificar os motivos que levaram estas mulheres a optarem pela realização do procedimento cirúrgico.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 IMAGEM CORPORAL: CONSTRUÇÃO DE CONCEITOS

Os estudos sobre imagem corporal foram iniciados na França, no século XVI, com o médico e cirurgião Ambroise Paré, que se interessou em pesquisar a existência do fenômeno denominado "membro fantasma", relacionando o fato a uma sensação de que um membro ausente estaria ainda presente. Três séculos depois, Weir Mitchell, na Filadélfia (EUA), demonstrou que a imagem corporal poderia ser mudada sob tratamento ou em condições experimentais. A escola francesa contribuiu através dos estudos de Bonnier, em 1905, que descreveu o termo "esquematia" como um distúrbio em toda a imagem corporal (alteração no tamanho das formas). Entretanto, foi na escola britânica que houve maior aprofundamento, tanto em aspectos neurológicos quanto nos fisiológicos e psicológicos (BARROS, 2005).

O primeiro neurologista a usar o termo "esquema corporal" e também o primeiro a construir uma teoria na qual "cada indivíduo constrói um modelo ou figura de si mesmo que constitui um padrão contra os julgamentos da postura e dos movimentos corporais" foi Henry Head (FISHER, 1990, p. 5). Durante o século XX foram desenvolvidas mais pesquisas sobre imagem corporal, quando os neurologistas Bonnier, Pick e Head passaram a investigar algumas manifestações de indivíduos que possuíam danos cerebrais. Neste momento, estes estudiosos estavam interessados em relacionar atitudes em relação ao corpo a lesões específicas no cérebro, e então sugeriram que a forma como os indivíduos percebiam seus corpos estava relacionada a uma vulnerabilidade de lesões cerebrais (TAVARES, 2003).

O fenômeno do membro fantasma também chamou a atenção dos neurologistas Head, Pick, Lhermitte e Schilder. Para estes pesquisadores, o fenômeno refletia o processo central da imagem corporal, bem como a persistência da imagem que ainda não havia se adaptado à perda de um membro (TAVARES, 2003).

Head foi responsável por importantes contribuições para as pesquisas sobre

imagem corporal. Dentre elas pode-se destacar a descrição de distorções da experiência corporal em síndromes neurológicas, contribuindo com um vasto material clínico. Além disso, foi ele o responsável pela consolidação do termo "esquema corporal", propondo que cada indivíduo constrói um modelo de si que constitui um padrão de comparação e exigência básica para a coerência na execução de cada nova postura ou movimento corporal. Portanto, este foi o modelo chamado por ele de "esquema". Henry Head apontou que este modelo está em constante mudança, se reconstruindo. Cada mudança entra na consciência carregando sua relação com o modelo anterior. Sugeriu ainda que o esquema corporal seria utilizado como referência para a interpretação de experiência de outros tipos. Dessa forma, observa-se em seu raciocínio uma visão em sequência, onde novas experiências são englobadas para a reorganização do modelo postural atual (TAVARES, 2003).

Entretanto, foi Schilder (1999) quem primeiro definiu o conceito de imagem corporal como a imagem do corpo formada na mente, ou seja, o modo como o corpo apresenta-se para o indivíduo, envolvido pelas sensações e experiências imediatas. O autor explica que a imagem corporal é dinâmica, podendo ser construída e desconstruída a todo o momento, de acordo com as experiências vividas pelos sujeitos. Destaca também a íntima relação que é estabelecida entre a imagem corporal pessoal e a dos outros, ressaltando a importância do aspecto social na formação da imagem do corpo. A imagem corporal ultrapassa os limites físicos, caracterizando o corpo não só como carne e osso, mas também constituído por experiências, emoções, angústias e dor, presente num momento de trocas do mundo exterior com o interior.

Cash e Pruzinsky (2002, p. 7), estudiosos da vertente cognitivo-comportamental da psicologia, contribuíram para a formulação do conceito mais recente, definindo-o como um "fenômeno multidimensional", sendo esta multidimensionalidade caracterizada por duas dimensões da imagem corporal: a perceptiva e a atitudinal.

Conforme citado anteriormente, existe um intercâmbio entre a imagem do nosso corpo e os aspectos culturais, fazendo com que nossa imagem corporal seja construída e desconstruída a todo instante. Schilder (1999), explica que esta modificação de expressão se torna, imediatamente, uma modificação de nossas relações sociais. A imagem corporal é construída por um corpo em contato com a

realidade externa (TAVARES, 2003). Neste sentido, a relevância dos estudos sobre imagem corporal no meio científico está na sua ligação com o desenvolvimento da identidade humana e por ser ponto de referência das relações do homem com o mundo. O tema tem sido abordado sob diversas perspectivas. A variedade das pesquisas inclui estudos sobre aparência do corpo, membro fantasma, distorções do tamanho e forma do corpo, efeitos de exercícios físicos, sentimentos em relação ao corpo, entre outros (TAVARES, 2003).

Dando continuidade aos estudos realizados pelos autores anteriormente citados, verifica-se que diversas áreas de conhecimento, como Psicologia, Sociologia, Medicina, Pedagogia e Educação Física têm dado importância aos estudos da imagem corporal (TURTELLI; TAVARES; DUARTE, 2002).

Na atualidade, as pesquisas acerca do tema vão além das investigações das alterações patológicas. Estudos experimentais com populações não clínicas e também estudos exploratórios vêm sendo realizados. Para o desenvolvimento destas investigações, os autores têm focado em uma das duas dimensões da imagem corporal definidas por Cash e Pruzinsky (2002).

A dimensão perceptiva da imagem corporal permite estudar como o sujeito estima o tamanho do seu corpo. Através de métodos que possibilitam a alteração do tamanho das dimensões corporais é possível verificar a percepção visual alterada (BANFIELD; McCABE, 2002).

McCabe *et al.* (2006), define a dimensão como a percepção da imagem corporal resultada na recepção e integração de uma variedade de informações sensoriais - visuais, táteis e cinestésicas. Além disso, fatores subjetivos, como humor, período menstrual, fome, cores de roupa e manchas na pele, também alteram a percepção do corpo.

Os testes de avaliação perceptiva foram criados e aperfeiçoados em estudos clínicos com indivíduos que possuíam transtornos alimentares. Como exemplo pode-se citar o caso de pacientes que sofrem de anorexia nervosa, que julgam ter um corpo ainda gordo enquanto apresentam-se emagrecidos (CAMPANA; TAVARES, 2009).

A dimensão atitudinal é constituída por afetos, crenças e comportamentos. Os instrumentos empregados para avaliá-la são divididos de acordo com seus componentes: afetivo, cognitivo e comportamental (CASH; PRUZINSKY, 2002; CAMPANA; TAVARES, 2009).

De acordo com van den Berg *et al.* (2002), Banfield e McCabe (2002) e Tavares (2003), o componente afetivo se remete aos sentimentos que cada um tem a respeito de sua aparência e de seu corpo, incluindo ansiedade, disforia e desconforto em relação à própria aparência. O componente cognitivo, por sua vez, engloba os pensamentos a respeito da aparência física do corpo, pensamentos distorcidos e as crenças sobre o corpo. O componente comportamental pode ser entendido como os comportamentos adotados para acomodar a depreciação do corpo e, ainda, referem-se à esquivas de situações de exposição do corpo e à adoção de comportamentos de checagem corporal.

Esta dimensão também está relacionada ao aspecto das relações sociais, já que estas exercem influência sobre a imagem corporal (TAVARES, 2009). Além disso, afirma Guzzo (2005), estas relações podem provocar adoção de comportamentos de risco em relação ao corpo, desencadeados pela insatisfação corporal.

Cobelo (2008, p. 34) define a insatisfação corporal como “a diferença entre o corpo percebido e aquele considerado como ideal pelo indivíduo”. Benninghoven *et al.* (2007), corroborando a afirmativa, descrevem a insatisfação corporal como a avaliação negativa que o indivíduo tem em relação ao seu corpo.

Gardner (2004) a define como a diferença entre o tamanho que a pessoa percebe o seu corpo e o tamanho idealizado por ela. Nesse sentido, a insatisfação é compreendida como um sentimento de desconforto resultando em uma tomada de atitude relacionada à sua imagem corporal. Nesta concepção, Scagliusi *et al.* (2006) afirma que a insatisfação corporal encontra-se situada entre os componentes avaliativos e afetivos das atitudes em relação ao corpo.

Segundo Sarwer e Crerand (2004), a insatisfação corporal é o principal fator que leva o indivíduo a optar pela realização de cirurgia plástica como forma de atingir o corpo ideal determinado pela cultura a qual pertence. Em relação às pesquisas desenvolvidas sobre o tema, nota-se que estas vêm propondo e empregando métodos de avaliação da imagem corporal. Entretanto, alguns termos como "distúrbio", "transtorno" e "distorção" de imagem têm sido erroneamente empregados, sendo utilizados de forma indistinta.

Portanto Gardner, Friedman e Jackson (1998) pontuam que os distúrbios da imagem corporal marcam muitos aspectos, nos quais se destacam os afetivos, cognitivos, comportamentais e perceptuais. Thompson *et al.* (1999) definem o termo

como um distúrbio cognitivo, comportamental ou perceptual que está diretamente relacionado com um aspecto da aparência física. Segundo Scagliusi *et al.* (2006) e Benninghoven *et al.* (2007), a distorção da imagem corporal trata-se de um distúrbio da dimensão perceptiva. Conforme pontuado em algumas pesquisas, muitos indivíduos que sofrem de distúrbio de imagem procuram a cirurgia plástica como forma de solucionarem o seu problema com a insatisfação da imagem corporal (SARWER; CRERAND, 2004).

Diante do que foi levantado neste capítulo, torna-se relevante um entendimento aprofundado sobre a cirurgia plástica. Dessa forma, o seguinte capítulo pretende abordar os fatores relevantes sobre o tema que envolve esta dissertação.

### 3.2 CIRURGIA PLÁSTICA

O avanço tecnológico e da medicina no último século fizeram com que os indivíduos pudessem alterar suas formas corporais de acordo com suas necessidades e vontades, ao contrário de alguns anos atrás, quando as pessoas não se interessavam em alterar a aparência e o corpo com os quais tinham nascido (MÉLEGA, 2002). Tais transformações corporais tendem a seguir as normas de padrão de beleza da cultura vigente, podendo compreender desde dietas até a realização de cirurgias plásticas (SANTE, 2006).

Curi (2005) e Ferreira (1997), explicam que a cirurgia plástica tem a origem de seu nome associada ao termo grego *plastikos*, que significa forma. Existem alguns relatos de que suas realizações começaram entre os hindus quatro mil anos a.C., e pelo menos dois mil anos a.C entre os egípcios, que utilizavam técnicas para correções corporais com o objetivo de amenizar defeitos, deformidades ou desfigurações, por exemplo, de narizes mutilados por questões religiosas. Entretanto, somente após a publicação da tese de Reverdin, em 1869, que mostrava a possibilidade de transferência de pele de uma região para outra, que a especialidade passou a ser reconhecida como importante no ramo da cirurgia (CURI, 2005).

Contudo, a importância da cirurgia plástica cresceu mais no século XX, após duas guerras mundiais. Desde então os cirurgiões puderam aumentar suas

experiências em técnicas de reparação de feridos, divulgando-as no meio científico (SANTE, 2006). A partir disso, a cirurgia plástica teve importância expandida no âmbito social e humanista, proporcionando alívio emocional aos indivíduos desfigurados que se submetiam à cirurgia reconstrutiva (CURI, 2005; SARWER *et al.*, 1998). Neste mesmo momento, houve a percepção positiva do resultado da cirurgia plástica sobre os indivíduos não deformados, fazendo com que ela se tornasse um procedimento eletivo, com finalidade primordialmente estética.

Segundo Gonçalves (2001), podemos ver as seguintes definições de cirurgia plástica: instrumento de autonomia do indivíduo em relação ao próprio corpo; ação para alcançar felicidade e harmonia; fim do sofrimento de não possuir o corpo desejado; alívio do sofrimento causado pela autoimposição de padrões sociais de aparência; solução dos problemas de baixa autoestima; tecnologia a favor das tecnologias do *self*; e alívio para o sofrimento internalizado de não corresponder às expectativas corporais ideais da sociedade. Estas são afirmações contraditórias entre si, mas cada uma é, em si, plausível para definir a cirurgia plástica.

Ferreira (1997) e Curi (2005) explicam que houve uma delimitação de dois métodos principais. A cirurgia plástica reparadora (CPR), realizada em estruturas alteradas do corpo, como defeitos congênitos ou adquiridos, queimaduras ou tumores. Seu objetivo atua sempre em um corpo deformado visando atingir a normalidade, trazendo uma melhoria na aparência e das funções corporais. A CPR tem como objetivo corrigir os variados tipos de lesões, variando entre aquelas causadas por tumores ou cânceres de pele, a reconstrução mamária após mastectomia e até mesmo a reparação de defeitos congênitos ou adquiridos, como consequências causadas por acidentes (ANTONIO, 2008).

A cirurgia plástica estética (CPE), entretanto, é realizada em estruturas corporais sadias com a finalidade de modificar traços da fisionomia que causam incômodos a seus portadores (CURI, 2005). Trata-se de uma cirurgia realizada com o objetivo de melhorar a aparência de alguma região do corpo. A motivação está relacionada, muitas vezes ao próprio paciente, por estar insatisfeito com a aparência de alguma região de seu corpo (ANTONIO, 2008).

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) considera a CPE como um tipo de cirurgia plástica utilizada para remodelar as estruturas normais do corpo, principalmente para melhorar a aparência e autoestima do paciente, diferente da CPR, que busca, como o próprio nome esclarece, reparar estruturas anormais do

corpo com o intuito de melhorar sua função ou proporcionar ao paciente uma aparência mais próxima do normal. A própria definição do termo cirurgia plástica explicita sua relação com a avaliação da aparência e autoestima através da sua finalidade.

Edmonds (2002) destaca que a CPE está relacionada a um campo marginalizado da medicina por não se tratar de uma prática que busca a cura de uma doença. Por volta de 1920, no trabalho de Alfred Adler (1870-1937) sobre o complexo de inferioridade, verificou-se que tal fenômeno cria barreiras psicológicas para o sucesso causando sofrimento para o indivíduo. Neste contexto, a CPE encontra sua doença, pois pode “curar” o complexo de inferioridade através da melhoria das partes do corpo do indivíduo.

Edmonds (2002), fundamentando-se nas colocações de Sant`Anna (1995) e Haiken (1997), destaca alguns fatores que levaram a uma maior aceitação das CPE a partir do período posterior à Segunda Guerra Mundial, argumentando que há uma alteração nas justificativas para as práticas cosméticas, que passaram a basear-se no fornecimento da saúde psíquica dos pacientes. O autor enfatiza ainda uma mudança da base ética da beleza na qual "qualquer um pode ser belo" de acordo com a conquista individual e a ideia de “psicologização” na qual a aparência física e a autoestima estão essencialmente ligadas, pois teria sido na falta de autoestima que a cirurgia estética teria encontrado sua “doença”. Portanto, esse vínculo com a psique agiria no sentido de amenizar a correlação da cirurgia estética com a vaidade ou o elitismo. Neste sentido, verifica-se que a CPE se distancia do "parecer bem" e aproxima-se do "sentir-se bem" fundamentado pela Psicologia.

Tanto na cirurgia de caráter estético como na de caráter reparador, a finalidade estética está sempre presente, pois ao optar por este procedimento cirúrgico, o profissional e o sujeito buscam uma aproximação do que é aceito como normal e belo dentro de uma sociedade específica (FERREIRA, 1997; SANTE; PASIAN, 2011).

Loeb (1993), membro titular SBCP, no livro intitulado “História da Cirurgia Plástica Brasileira - 150 anos de evolução”, argumentou que o termo “cirurgia plástica” seria o mais correto para definir a especialidade, pois envolve tanto os procedimentos estéticos quanto reparadores. Desde a implantação da SBCP, em 1949, a instituição se denominava Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Entretanto, em 1992, o presidente, Dr. Liacyr Ribeiro, apresentou numa reunião que

algumas Sociedades Nacionais teriam incorporado aos seus nomes os termos “estética” e “reconstrutiva”, objetivando evitar que outras sociedades com caráter de medicina estética fossem confundidas com a cirurgia plástica. Dessa forma, foi proposto em reunião que SBCP passasse a ser chamada “Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reconstructora”. Este nome permaneceu até o final da década de 90, quando voltou a se chamar “Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica”.

A divisão entre cirurgia plástica estética e reparadora seria uma divisão sutil, ou seja, elas estão interligadas, apesar dos extremos denotarem a “pureza” da cirurgia. A cirurgia estética é também reparadora pelo fato de “reparar” algo. Na contestação entre “estética” e “reparadora” estão envolvidos valores morais que definem o que é um dano que merece ser corrigido e quais são os indivíduos que merecem ter esses danos corrigidos. Já a cirurgia estética seria aquela em que a intervenção é realizada sem que exista necessidade fisiológica ou funcional (ANTONIO, 2008).

Outro fator importante para a compreensão da maleabilidade e dificuldade de definição das cirurgias estéticas e reparadoras é que se trata de uma disputa retórica, ou seja, no limite elas se permeiam e se fundem no sentido de que toda cirurgia estética é reparadora e toda cirurgia reparadora é estética, evidenciando uma falsa dicotomia entre as duas modalidades de cirurgias, mas que ganha significados importantes quando interesses e recursos econômicos diferentes entram em ação (ANTONIO, 2008).

Verifica-se que os Hospitais Universitários possuem o interesse em realizar as cirurgias plásticas de caráter reparador como prioridade. As cirurgias plásticas consideradas estéticas também são concretizadas por serem necessárias ao aprendizado dos residentes como diferentes tipos de intervenção. Já os planos de saúde apelam para os valores morais no momento de verificar o que deve ser considerado reparador e qual indivíduo merece ter aquele dano reparado. Logo, percebe-se uma divisão da cirurgia plástica baseada em opiniões e interesses diferentes. De acordo com Antonio (2008), existe uma dificuldade grande entre os médicos em averiguar em qual caso as cirurgias se encaixam quando as queixas dos pacientes são escutadas.

Gilman (1999) destaca que os primeiros cirurgiões plásticos, como Gaspare Tagliacozzi (1545-1999), Joseph Carpue (1764-1846) e John Orlando Roe (1849-

1915), relatavam alterações na psique de seus pacientes que se submetiam às cirurgias plásticas. Neste sentido, Pitangy (2006) afirma que o cirurgião plástico é o psicólogo do bisturi e a noção de beleza para os cirurgiões plásticos seria muito ampla e estaria ligada ao bem-estar e à felicidade do indivíduo. Devido a isso, a percepção individual em relação à sua própria imagem e de seu próprio corpo seria muito mais importante que a percepção dos outros, ou seja, as motivações e percepções individuais ganham grande destaque. Além disso, o cirurgião afirma que a cirurgia plástica tem como objetivo restituir ao corpo em sofrimento sua função e sua dignidade.

Por meio da existência de um imperativo moral associado à “autoestima” como justificativa para as cirurgias plásticas, os “incômodos”, “traumas”, “complexos” ganham características patológicas, “reparadoras”, ou seja, a “autoestima” é vista como uma espécie de “doença” que a cirurgia poderia “curar”. Além disso, os cirurgiões plásticos dissolvem a dicotomia mente/corpo na legitimação das cirurgias, não havendo distinção entre o lado físico e o lado mental, o que justifica a insatisfação pessoal com a aparência e a consequente realização da cirurgia plástica. Há contextos em que os “aspectos psi” ganham diferentes significados dentro deste serviço médico: quando a falta de autoestima é considerada uma doença e as cirurgias são avaliadas como positivas, sendo ressaltados os aspectos reparadores da cirurgia e outros casos em que são dissociados da necessidade de efetivação de uma cirurgia plástica, tornando-se motivos pelos quais são vistos pelos cirurgiões como negativos (ANTONIO, 2008).

Dessa maneira, na cirurgia plástica, tanto os cirurgiões plásticos quanto os pacientes acreditam na plasticidade do corpo baseado no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde de que “a saúde é o bem-estar tanto físico quanto psicológico do paciente”. Este conceito consiste em uma máxima do pensamento médico em geral, que legitima a “ideologia médica da reparação” presente nas cirurgias plásticas fazendo com que, no limite, todas as cirurgias plásticas sejam reparadoras no sentido de reparar a saúde física e psicológica do paciente.

Baseado nas afirmações supracitadas a respeito de que não existe a divisão entre estética e reparadora, que se fundem dentro da cirurgia plástica em si, adotou-se o termo "cirurgia plástica" no presente estudo para se referir a qualquer procedimento cirúrgico desta natureza.

Vieira (2006) explica que a cirurgia plástica tem o seu maior impulso dentro de

um contexto social na qual os cuidados com o corpo e suas experiências são muito valorizados, pois esta se preocupa, essencialmente, em alcançar um padrão de beleza. Além disso, percebe-se que o sujeito, ao submeter-se a este procedimento cirúrgico, não está acometido por uma dor ou uma anormalidade física, mas por uma necessidade interna de melhorar a qualidade de vida e atingir ideais estéticos (NETO; CAPONI, 2007).

A Associação Internacional de Cirurgia Plástica realizou uma pesquisa em 2011 entre os médicos cirurgiões a respeito do número de cirurgias realizadas em diversos países. A Tabela 1 ilustra a distribuição dos procedimentos por país.

Tabela 1 – Classificação mundial dos países em Cirurgias Plásticas

<b>Classificação</b>	<b>Total de proc. Cirúrgico</b>	<b>% do total dos proc. cirúrg.</b>	<b>Total de proc. não- cirurgicos</b>	<b>% de proc. não- cirurg.</b>	<b>Total de proced.</b>	<b>% do total de proced.</b>	<b>Class. em 2009</b>
<b>1. EUA</b>	<b>1.620.855</b>	<b>17,1%</b>	<b>1.693.437</b>	<b>18,6%</b>	<b>3.314.292</b>	<b>17,9%</b>	<b>1</b>
<b>2. Brasil</b>	<b>1.592.106</b>	<b>16,8%</b>	<b>925.672</b>	<b>10,2%</b>	<b>2.517.778</b>	<b>13,6%</b>	<b>2</b>
<b>3. China</b>	<b>588.880</b>	<b>6,2%</b>	<b>676.289</b>	<b>7,4%</b>	<b>1.265.160</b>	<b>6,8%</b>	<b>3</b>
4. Japão	525.790	5,6%	657.530	7,2%	1.183.320	6,4%	6
5. Índia	553.420	5,8%	593.640	6,5%	1.147.060	6,2%	4
6. México	437.351	4,6%	479.749	5,3%	917.100	4,9%	5
7. Itália	396.750	4,2%	418.995	4,6%	815.745	4,4%	9
8. Coreia do Sul	361.988	3,8%	408.925	4,5%	770.913	4,2%	7
9. França	261.198	2,8%	249.943	2,7%	511.142	2,8%	14
10. Colômbia	319.305	3,4%	173.822	1,9%	493.126	2,7%	17
11. Alemanha	229.273	2,4%	218.615	2,4%	447.888	2,4%	8
12. Turquia	205.114	2,2%	224.196	2,5%	429.310	2,3%	11
13. Espanha	150.459	1,6%	154.190	1,7%	304.649	1,6%	12
14. Rússia	138.854	1,5%	135.728	1,5%	274.583	1,5%	10
15. Canadá	117.164	1,2%	138.559	1,5%	255.723	1,4%	16
16. Reino Unido	118.467	1,3%	116.645	1,3%	235.112	1,3%	18
17. Taiwan	102.708	1,1%	118.409	1,3%	221.116	1,2%	19
18. Venezuela	130.595	1,4%	79.848	0,9%	210.443	1,1%	20
19. Argentina	117.140	1,2%	76.954	0,8%	194.094	1,0%	13

Tabela 1 – Classificação mundial dos países em Cirurgias Plásticas (Continua)

20. Tailândia	77.417	0,8%	85.205	0,9%	162.623	0,9%	21
21. Grécia	76.471	0,8%	82.531	0,9%	159.002	0,9%	*
22. Arábia Saudita	66.310	0,7%	74.702	0,8%	141.012	0,8%	25
23. Austrália	61.364	0,6%	78.662	0,9%	140.026	0,8%	22
24. Holanda	57.358	0,6%	55.163	0,6%	112.520	0,6%	*
25. Romênia	52.854	0,6%	52.232	0,6%	105.086	0,6%	*

\* Não estiveram presentes na classificação dos Tops 25 em 2010. Hungria, Portugal e Bélgica saíram da lista dos Tops 25 em 2011.

Fonte: Associação Internacional de Cirurgia Plástica, 2013. Disponível em: <http://www.isaps.org/isaps-global-statistics.html> Traduzido por: FDC

Verifica-se que do ano de 2009 para o ano de 2010 houve uma mudança de localização de alguns países no *ranking*. No entanto, os EUA e o Brasil mantiveram-se na mesma classificação, demonstrando serem os países com o maior número de procedimentos.

Durante estes dois anos seguidos o Brasil manteve-se no segundo lugar da classificação mundial. No ano de 2010 foram realizados 1.592.106 procedimentos cirúrgicos de caráter estético, representando 16,8% das cirurgias mundiais. Já os procedimentos não cirúrgicos de caráter estético foram 925.672, representando 10,2%.

A mesma pesquisa classificou o número de procedimentos cirúrgicos mais populares por país (Tabela 2). Os procedimentos mais comuns por ordem de classificação foram: lipoaspiração, prótese de mama, blefaroplastia<sup>1</sup>, rinoplastia e abdominoplastia.

<sup>1</sup> Blefaroplastia: é uma cirurgia destinada a remover a pele enrugada e descaída das pálpebras superiores e/ou inferiores.

Tabela 2 - Cirurgias plásticas mais populares

<b>Classificação</b>	<b>País</b>	<b>Números de Procedimentos</b>	<b>Percentual Total</b>	<b>Classificação em 2010*</b>
<b>Lipoaspiração</b>				
1.	Brasil	436.887	20,1%	1
2.	EUA	402.259	18,5%	2
3.	China	134.720	6,2%	3
4.	Índia	130.480	6,0%	4
5.	Japão	118.612	5,5%	5
<b>Prótese de Mama</b>				
1.	EUA	336.648	22,3%	2
2.	Brasil	254.214	16,9%	3
3.	México	85.099	5,6%	5
4.	Itália	75.225	5,0%	*
5.	China	55.400	3,7%	1
* Não classificou nos Tops 25 para 2009. Índia saiu da lista dos Tops 5 em 2010.				
<b>Blefaroplastia</b>				
1.	Brasil	155.543	14,3%	3
2.	EUA	127.937	11,8%	2
3.	China	73.480	6,8%	1
4.	Índia	66.172	6,1%	5
5.	Japão	63.330	5,8%	*
* Não classificou nos Tops 25 para 2009. México saiu da lista dos Tops 5 em 2010.				
<b>Rinoplastia</b>				
1.	Brasil	106.609	10,8%	3
2.	EUA	75.521	7,7%	1
3.	China	125.700	12,8%	2
4.	Índia	113.040	11,5%	4
5.	Japão	112.497	11,4%	*
* Não classificou nos Tops 25 para 2009. México saiu da lista dos Tops 5 em 2010.				
<b>Abdominoplastia</b>				
1.	EUA	154.265	22,6%	1
2.	Brasil	125.600	18,4%	3
3.	México	39.756	5,8%	*
4.	Índia	33.660	4,9%	4
5.	China	33.480	4,9%	2
* Não classificou nos Tops 25 para 2009. Japão saiu da lista dos Tops 5 em 2010.				

Fonte: Associação Internacional de Cirurgia Plástica, 2013. Disponível em: <http://www.isaps.org/isaps-global-statistics.html> Traduzido por: FDC

Observa-se que o Brasil de 2009 para 2010 aumentou o número desses procedimentos, o que fez com que sua localização no *ranking* subisse em todas as categorias analisadas. O país encontra-se em primeiro lugar nos seguintes procedimentos: lipoaspiração (20,1%), blefaroplastia (14,3%) e rinoplastia (10,8%).

Segundo Finger (2003), o perfil do brasileiro que procura a cirurgia plástica é prioritariamente feminino, mas os homens já representam 30% desse público. A faixa etária desse grupo nas últimas duas décadas esteve entre 35 e 55 anos. Apesar disso, observa-se atualmente que a cada 100 indivíduos que já passaram pelo procedimento, 10 a 15 estão com idade superior a 18 anos. Dados como estes demonstram que indivíduos com idades menos avançadas já se encontram adeptos da cirurgia plástica. Outro dado importante diz respeito à valorização de algumas partes do corpo das brasileiras. Verifica-se a busca através da cirurgia por mamas mais volumosas e retiradas de gordura no quadril e abdômen através das lipoaspirações.

A SBCP (2012) atribui o fato de o Brasil ocupar o segundo lugar na classificação mundial ao clima tropical, onde os corpos encontram-se mais expostos. Outra explicação está relacionada aos atributos físicos mais valorizados no corpo brasileiro. Este passou a ser mais importante que a vestimenta, se transformando em uma verdadeira roupa, que deve ser exibida, moldada, trabalhada e costurada. No país, corpo de mulher belo é magro, de pele clara, cabelos loiros e lisos, com poucas curvas. O corpo feminino ideal, na visão dos homens, 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 (GOLDENBERG, 2007).

Um estudo realizado por Malisse (2002) mostrou que no Brasil o corpo está no centro das estratégias de vestir ao invés da roupa, como acontece na França. Enquanto as francesas procuram se produzir com roupas cujas cores e formas podem disfarçar gorduras indesejadas, as brasileiras expõem o corpo e reduzem a roupa a um “simples instrumento de sua valorização do seu corpo” (MALISSE, 2002, p. 110).

Segundo Goldenberg (2005), podemos afirmar que o final do século XX e o início do século XXI serão lembrados como um momento em que o culto ao corpo se

tornou uma obsessão, transformando-se em um estilo de vida. Existe uma associação entre “corpo e prestígio” (p. 66) na cultura brasileira. Há ainda a facilidade em perceber que as mulheres com maior sucesso hoje são as atrizes e as modelos, portanto, se ganha um valor a partir de seu corpo, ou seja, o corpo se transformou em um “capital físico” (p. 66).

Através da teoria de Marcel Mauss (1974), este fenômeno pode ser explicado. A Teoria da Imitação Prestigiosa afirma que os indivíduos de cada cultura constroem seus comportamentos e corpos. Portanto, dialogando com a ideia de cultura, pode-se perceber que a cada momento histórico existirá um modelo corporal padrão, o qual é sinônimo de sucesso, prazer e prestígio.

Na atualidade, a prática da cirurgia plástica vem se tornando comum entre os brasileiros como forma de atingir o padrão estabelecido culturalmente, ou seja, a forma de como se obter prestígio em uma sociedade. Sarwer e Crerand (2004) explicam que a popularização das cirurgias plásticas pode ser atribuída a três fatores: aumento da diversidade de tratamentos com métodos menos invasivos, bombardeamento da mídia através de programas e revistas que mostram a facilidade do procedimento, e o aparecimento de corpos perfeitos resultantes de cirurgias plásticas em revistas e outros meios de comunicação. No Brasil, pode-se ainda acrescentar a facilidade de pagamento desses procedimentos estéticos, a ascensão social de algumas classes e o sucesso de cirurgiões plásticos brasileiros internacionalmente (GOLDENBERG; EDMONDS, 2007).

Segundo Hass, Champion e Secor (2008), tanto homens quanto mulheres estão buscando a cirurgia plástica como forma de atingir o corpo ideal. Os fatores que motivam esses indivíduos estão relacionados a aspectos sociais e emocionais, sendo que muitos desses sujeitos apresentam algum tipo de transtorno alimentar ou distúrbio de imagem corporal.

Silva (2001) afirma existir uma tendência por parte das ciências biomédicas em todo o mundo urbanizado em generalizar dados estatísticos e medidas padronizadas indicando uma mundialização deste referencial de corpo que se sobrepõe às diversidades culturais, sob o respaldo da ciência. Ainda nesta perspectiva, Vaz (2006) explica que a mundialização do “corpo referência”<sup>2</sup> é fundada num corpo-objeto, já que as características dos sujeitos e de suas culturas

---

<sup>2</sup> Corpo referência: corpo idealizado como padrão a ser seguido.

são deliberadamente excluídas para possibilitar a generalização.

Desta forma, o avanço da ciência associado à padronização dos corpos possibilitou a liberdade de escolha do corpo o qual se deseja obter através das cirurgias plásticas, conforme explica Meléga (2002). O corpo entra no mercado como produto a ser consumido por si mesmo, objetivando sempre a possibilidade de estar vivo e belo. Entretanto, a possibilidade de aventurar-se nas possibilidades das tecnologias científicas mais complexas leva-nos a correr o risco sobre as consequências dos nossos atos. O conceito de risco é aplicado nas situações em que os indivíduos têm que levar em consideração as consequências negativas de suas atitudes. A predominância do conceito de risco na contemporaneidade estabelece um diálogo entre a nova ciência, meios de comunicação e vida cotidiana: a nova ciência, através dos seus avanços; a mídia, pela divulgação de corpos perfeitos; e o cotidiano, através de medidas de risco tomadas em relação ao corpo (VAZ, 2006).

No Brasil, o corpo encontra-se em um momento de supervalorização, fazendo com que determinados comportamentos em relação a ele se tornem normais entre os indivíduos, fazendo parte da nossa cultura. Determinadas atitudes estéticas estão começando a fazer parte do contexto da sociedade, como as cirurgias plásticas. Dessa forma, o próximo capítulo tem a intenção de aprofundar-se na relação entre cirurgia plástica e imagem corporal, com o objetivo de entender melhor o assunto em questão.

### 3.3 CIRURGIA PLÁSTICA E IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal vem sendo considerada central para o entendimento das características psicológicas dos pacientes de cirurgia plástica. Relatórios clínicos sugeriram aumentos expressivos de insatisfação corporal em pacientes no período pré-operatório e melhorias corporais no pós-operatório (SAWER, CRERAND, MAGEE, 2011).

O processo de acomodação da imagem corporal após a cirurgia plástica é explicado por Pruzinsky e Cash (1990). Para os autores, o processo segue uma trajetória que tem como primeiro passo a percepção da transformação da aparência – percepção visual e sensorial. A segunda etapa envolve modificações cognitivas,

quando há alteração no modo como o sujeito pensa a sua aparência e experiência corporal. Já a terceira etapa é constituída pelas transformações emocionais e está vinculada ao grau que tal mudança influenciará na autoestima. A última está relacionada às transformações comportamentais.

Segundo os autores, depois que o indivíduo vivenciou positivamente as alterações perceptivas, cognitivas e emocionais, acredita-se que, com o comportamento, ocorra o mesmo. Após a alteração corporal, quem se sente melhor com a nova aparência, possivelmente, adota novas formas de comportamento, até mesmo não verbais, que podem influenciar nas relações sociais. Assim, pode-se inferir que a mudança corporal não causa necessariamente uma imagem corporal positiva; existe um processo adaptativo individual.

Do ponto de vista dos pacientes que buscam a cirurgia plástica, a insatisfação corporal é o fator motivacional mais relevante (SARWER; CRERAND, 2004). Para estes indivíduos, a aparência corporal é um dos fatores mais respeitáveis para a manutenção da autoestima (MULKENS *et al.*, 2012).

von Soest *et al.* (2009), fizeram um estudo nos períodos pré e pós operatórios avaliando os efeitos da cirurgia plástica. Os resultados demonstraram melhoras em todos os aspectos, principalmente na diminuição dos níveis de insatisfação corporal e melhoria da autoestima.

Outra pesquisa, feita por Sarwer, Crerand e Magee (2011), ao avaliar os resultados no período pós-operatório, verificou que os pacientes reportaram uma redução do nível de insatisfação com a parte do corpo alterada. Mais especificamente, eles demonstraram menor embaraço em determinadas situações em público e ambientes sociais. Além disso, houve uma redução significativa do uso de roupas que escondem o corpo. Portanto, os resultados demonstraram que o nível de insatisfação com determinada parte do corpo diminuiu. A avaliação geral, entretanto, não foi alterada, prevalecendo os mesmos níveis de insatisfação com corpo como um todo. Neste caso, verifica-se que a cirurgia plástica muitas das vezes pode ser inapropriada para indivíduos com este perfil.

Sarwer *et al.* (1998) criaram um modelo teórico que relaciona a imagem corporal com a cirurgia plástica no sentido de verificar o quanto aquela influencia na tomada de decisão para a realização do procedimento. Segundo os autores, as atitudes em relação à imagem corporal possuem duas dimensões: valor e valência. A valência da imagem corporal está relacionada à importância desta para a

autoestima do sujeito e pode variar em função das partes do corpo. Já o valor da imagem corporal pode ser entendido como o grau de satisfação ou insatisfação com a aparência. Neste modelo a aparência física constitui a formação da imagem corporal pessoal. A insatisfação com a aparência gera pensamentos motivacionais para mudanças de comportamentos a fim de alterar a aparência física, como perda de peso, exercício físico, compra de roupas e cirurgias plásticas.

Os autores acreditam que é a interação entre valência e valor da imagem corporal que leva à decisão de se submeter a uma cirurgia plástica. Os indivíduos que apresentam valência negativa da imagem corporal apresentam uma autoestima independente, ou seja, não chegam a ter insatisfação com alguma parte do corpo. Logo, costumam dizer não à cirurgia. Já aqueles cuja valência da imagem corporal é positiva e possuem elevada insatisfação corporal, são os indivíduos que com maior frequência recorrem às cirurgias plásticas.

Sarwer *et al.* (1998) afirmam que o nível mais elevado da insatisfação corporal seria um distúrbio de imagem corporal, o TDC. Este é relativamente comum na população em geral da psiquiatria, dermatologia e de cirurgias plásticas. De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4ª Ed. (DSM-IV)*, o TDC está relacionado a uma preocupação com um defeito imaginário na aparência. Se uma leve anomalia física está presente, a pessoa considera o defeito imaginário de forma excessiva. Esta preocupação pode trazer angústia, prejuízo social e profissional, ou em outras áreas. Além disso, pode desencadear outras doenças, como a anorexia nervosa (CASH; PRUZINSKY, 2002).

Alguns estudos demonstram que grande parte dos indivíduos que procuram a cirurgia plástica sofre de algum distúrbio de imagem, sendo o mais comum deles o TDC, também conhecido inicialmente como “dismorfobia” (CONRADO, 2009). Os sujeitos que sofrem de TDC são extremamente insatisfeitos com sua aparência física. Esta preocupação pode causar interações clínicas, prejuízos no funcionamento social e ocupacional, e como resultado de suas queixas obsessivas com a aparência, podem desenvolver comportamentos compulsivos, e, em casos mais graves, há risco de suicídio (MULKENS *et al.*, 2012).

Esses indivíduos estão convencidos de que para se livrarem da aparência indesejada é necessária uma alteração na parte do corpo afetada, principalmente através da cirurgia plástica (PHILLIPS, 2011). Todavia, ao contrário do que acreditam os pacientes, Phillips *et al.* (2001) afirmam que o procedimento cirúrgico é

incapaz de solucionar o distúrbio de imagem e que seu tratamento não envolve procedimentos estéticos.

Além disso, estes sujeitos frequentemente estão presentes em consultórios de cirurgiões plásticos a fim de solucionarem algum problema em relação a sua aparência física. Ademais, costumam passar várias horas do dia em frente ao espelho checando a parte indesejável do corpo. As partes do corpo que costumam mais incomodá-los são: nariz, pele e cabelo. Entretanto, qualquer outra parte do corpo pode ser o foco de preocupação – por exemplo, genitais, abdômen, nádegas, quadris e ombros (BOWE *et al.*, 2007). Outros transtornos de ordem psiquiátrica são diagnosticados nestes indivíduos, como transtorno depressivo, ansiedade, fobia social e transtorno obsessivo compulsivo (TOC). O diagnóstico de TOC, entretanto, é dado apenas nos casos em que as obsessões ou compulsões não são restritas à preocupações com a aparência física (ENDE *et al.*, 2008).

Tanto homens como mulheres são acometidos pelo TDC. O transtorno afeta indivíduos de todas as idades, muitas vezes iniciando na adolescência. Em estudos publicados verifica-se que sujeitos de diversas raças sofrem de TDC e na maioria dos casos os sujeitos nunca foram casados (CASH; PRUZINSKY, 2002).

A prevalência de indivíduos que sofrem do transtorno e que procuram a cirurgia plástica de acordo com um estudo realizado por Sarwer *et al.* (1998) nos EUA foi de 7%. Do mesmo modo, Phillips *et al.* (2002), ao realizarem estudos na área de dermatologia, concluíram que 12% da amostra do estudo sofria de TDC. Portanto, verifica-se um elevado número de indivíduos que estão acometidos pelo transtorno e procuram a cirurgia plástica como forma de solucionarem seu problema com a aparência física.

Estudos realizados nos EUA com sujeitos que já realizaram alguma cirurgia plástica demonstraram que entre 5% e 15% dos pacientes apresentavam traços de TDC (ISHIGOOKA *et al.*, 1998; SARWER *et al.*, 1998; VEALE *et al.*, 2003). Na Europa 9,1% dos indivíduos que já realizaram algum procedimento estético possuem sintomas do TDC e no Brasil, o distúrbio aparece em 14% dos indivíduos que já passaram por algum tratamento dermatológico (AOUIZERATE *et al.*, 2003; CONRADO *et al.*, 2009).

Mulkens *et al.* (2012) recomendam aos cirurgiões plásticos que levem em consideração os exemplos de casos de TDC em seus pacientes. É aconselhável um acompanhamento psicológico a fim de que não haja prejuízo tanto ao médico quanto

ao paciente, e também para que este possa ser encaminhado para um tratamento adequado.

A pressão sociocultural, exercida através da exposição de figuras idealizadas pela mídia, é responsável pelo aumento do risco de desenvolvimento da insatisfação corporal, característica marcante em indivíduos que sofrem de TDC (CASH, 2002).

Nesta perspectiva, Thompson *et al.* (2004) destacam os efeitos da exposição de imagens midiáticas sobre a satisfação corporal, especialmente entre mulheres, trazendo indícios de que a mídia exerce influência na adoção de comportamentos de restrição alimentar e na dedicação a programas de atividades físicas.

Markey e Markey (2010) afirmam que a mídia possui um alto potencial de influência sobre a satisfação com a aparência através do processo de comparação social. A maioria das mensagens é destinada às mulheres, gerando uma autoavaliação negativa, pois a maior parte delas não consegue alcançar o ideal de beleza apresentado pelas revistas e programas de televisão.

A Teoria da Comparação Social foi desenvolvida por Festinger (1954). O seu princípio está relacionado à comparação de si mesmo em relação ao outro como um processo de informação social. Festinger explica que este mecanismo é capaz de influenciar os indivíduos na tomada de atitudes em relação ao corpo.

O processo se inicia a partir do momento em que o indivíduo se compara a outro no qual ele tem como referência de ideal. Quanto maior a importância dada àquilo tido como "ideal", maior o processo de comparação e maiores os riscos do desenvolvimento de atitudes relacionadas ao seu corpo. Segundo Thompson (1999), a Comparação Social é capaz de influenciar no processo de internalização dos ideais sociais através das mensagens midiáticas e influências interpessoais, gerando insatisfação corporal e distúrbios de imagem.

Cafri *et al.* (2005) explicam que o processo de internalização acontece através da incorporação profunda ou aceitação do valor, de forma que o ideal começa a afetar as atitudes e comportamentos de um sujeito. Portanto, o processo de internalização do padrão cultural de corpo está relacionado ao da comparação social e à mídia. Neste sentido, os meios midiáticos tornaram-se importantes influenciadores de aspectos sociais ligados ao corpo através da difusão de padrões de beleza, atuando como disseminadores do corpo ideal e levando alguns indivíduos a desenvolverem transtornos alimentares e distúrbios de imagem, através da insatisfação com o seu próprio corpo (STICE; TRISTAN, 2005).

Durante toda a história sempre foi evidente a importância da cultura como meio influenciador do comportamento humano. Na circunstância em que o sujeito é socializado em uma determinada cultura, é inevitável e compreensível que ele compartilhe de comportamentos, atitudes e crenças que são comuns e transmitidos de geração em geração a todos os indivíduos pertencentes à mesma. Portanto, o indivíduo realiza suas ações em função daquilo que é considerado “normal” e aceitável no seu meio social, na expectativa de preencher os requisitos exigidos pela sociedade a qual pertence (ALVES *et al.*, 2009).

A imagem corporal é influenciada pelos ideais culturais e por como o indivíduo percebe seu corpo em relação a esses ideais. Jackson (2002) afirma que a cultura define o que constitui um corpo atraente e a autopercepção de um corpo atraente depende dos aspectos culturais difundidos através da mídia. Dessa forma, quanto mais próximo o corpo se encontra do modelo de beleza ideal, melhores serão as autoavaliações em relação à atratividade.

Cash (2002) também afirma que a mídia é a principal responsável por criar e comunicar os valores culturais de forma altamente influentes. As mensagens midiáticas não apenas articulam noções normativas sobre atratividade, mas também expressam normas com base no sexo masculino e feminino sobre atribuições físicas. A cultura ainda prescreve os meios de alterações corporais para que o indivíduo se encaixe dentro dos padrões corporais através de dietas, exercícios, produtos de beleza e da moda. Dessa forma, através da internalização, esses valores culturais promovem a aquisição de algumas atitudes em relação à imagem corporal, o que os predispõe a interpretar e reagir aos eventos da vida de forma particular.

As culturas ocidentais idealizaram corpos magros para mulheres e volumosos para os homens. A figura do corpo feminino magro está presente na história desde 1950, sendo substituída pelo ideal *fitness* no início de 1990. As consequências potencialmente negativas para um modelo de corpo ideal incluem: imagem corporal negativa, baixa autoestima, distúrbios psicológicos e físicos que podem colocar a vida do indivíduo em risco (JACKSON, 2002).

Diante do atual contexto do Brasil no *ranking* mundial de cirurgias, da importância que se tem dado ao corpo perfeito e da escassez de pesquisas sobre o tema, surgiu a necessidade de investigar estudos que abordam assuntos relacionados à cirurgia plástica e imagem corporal. Foram selecionados artigos

publicados entre os anos de 2008 e 2011, presentes em três bases de dados consideradas referências no meio científico: *Scopus*, *PubMed* e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) (Bireme). Optou-se pela utilização de termos baseado nos DeCs, disponíveis na página da Internet da BVS<sup>3</sup>. Foram selecionados os seguintes descritores: cirurgia plástica, mulheres, imagem corporal e mídia. Em seguida, os mesmos foram traduzidos para o inglês a fim de verificar as publicações no outro idioma. Após este procedimento, os termos foram cruzados tanto em inglês quanto em português para uma nova pesquisa de artigos.

No *site* da BVS, foi realizada uma análise, selecionando-se “todos os índices”, o “método integrado” e “todas as fontes”: LILACS, IBECS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO, Revisões Sistemáticas, Ensaio Clínico, Sumários de Evidência, Avaliações Econômicas em Saúde, Avaliações de Tecnologias em Saúde, Diretrizes para Prática Clínica, BIOÉTICA, CidSaúde, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA, PAHO, WHOLIS<sup>4</sup>, Localizador de Informação em Saúde (LIS), Terminologia em Saúde (DeCS) e Serviço de Cópia de Documentos, Catálogo de Revistas Científicas (SCAD).

Na busca realizada no *site*<sup>5</sup> *Pubmed*, composto por mais de 22 milhões de citações da literatura biomédica do MEDLINE, revistas de ciências da vida e livros *online*, considerada uma relevante fonte de pesquisa na área da saúde, foram selecionados os seguintes filtros na busca avançada: “*all fields*” e “*date-publication*”.

O *site*<sup>6</sup> *Scopus* é uma base de dados referencial nas áreas de Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Ciências Físicas e Ciências Sociais. Oferece acesso a base referencial da Editora Elsevier desde 1823. O filtro selecionado foi “*in article*”, “*abstract*”, e “*keywords*”.

Optou-se por analisar todos os artigos que, de alguma forma, avaliavam a imagem corporal dos indivíduos e estavam relacionados à cirurgia plástica, pautando TDC e cirurgia plástica e ainda, estudos que envolviam mídia e cirurgia plástica. Foram selecionados tanto artigos que utilizavam instrumentos exclusivamente relacionados à imagem corporal, quanto aqueles que utilizavam outros instrumentos focando o mesmo objetivo.

---

<sup>3</sup> <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>

<sup>4</sup> *World Health Organization's Library Database* (WHOLIS)

<sup>5</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

<sup>6</sup> <http://www.scopus.com.ez25.periodicos.capes.gov.br/home.url>

Primeiramente foi feita uma leitura dos resumos dos artigos a fim de selecionar apenas aqueles que estavam relacionados com o objetivo do presente estudo. Foi encontrado um total de 31.352 artigos, dos quais 975 estavam na BVS, 2.570 no *Scopus* e 27.807 no Pubmed.

Na segunda etapa foi realizada uma revisão aprofundada dos artigos identificados. Optou-se por analisar todos os aqueles que, de alguma forma, investigavam a cirurgia plástica associada à imagem corporal e TDC. Excluíram-se teses, capítulos de livros, livros, guias médicos, comentários, resenhas e informativos governamentais. Em seguida foram excluídos os artigos que se repetiam em base de dados. Dessa forma, selecionou-se 36 artigos da BVS, 52 do *Scopus* e 95 do Pubmed.

Para acesso aos textos completos, foi utilizado como recurso o portal de periódicos Capes, que auxiliou a pesquisa dentro das revistas nas quais os estudos foram publicados. Foi adotado então o critério final de inclusão dos artigos para a descrição dos resultados: a) estudos que abordavam assuntos relacionados à cirurgia plástica de caráter estético; b) artigos que avaliavam a imagem corporal relacionada à cirurgia plástica estética; c) estudos envolvendo imagem corporal, cirurgia estética e TDC. Portanto, das bases de dados selecionadas, foram analisados 13 artigos do BVS, 18 do *Scopus* e 21 do Pubmed, totalizando 52 estudos.

Após a leitura dos estudos selecionados foram delimitadas as categorias para análise bibliométrica, que foram: país de publicação, idioma, autor, desenho do estudo e fatores avaliados na amostra envolvida. Com finalidade de realizar a análise do conteúdo dos artigos, optou-se por subdividi-los em dois subtemas, conforme ilustram as Tabelas 3 e 4. O primeiro subtema reuniu artigos que traçavam o perfil dos pacientes de cirurgia plástica, fatores motivacionais que levam à realização do procedimento e efeitos psicológicos da cirurgia. Já o segundo engloba estudos ligados à cirurgia plástica, imagem corporal e TDC.

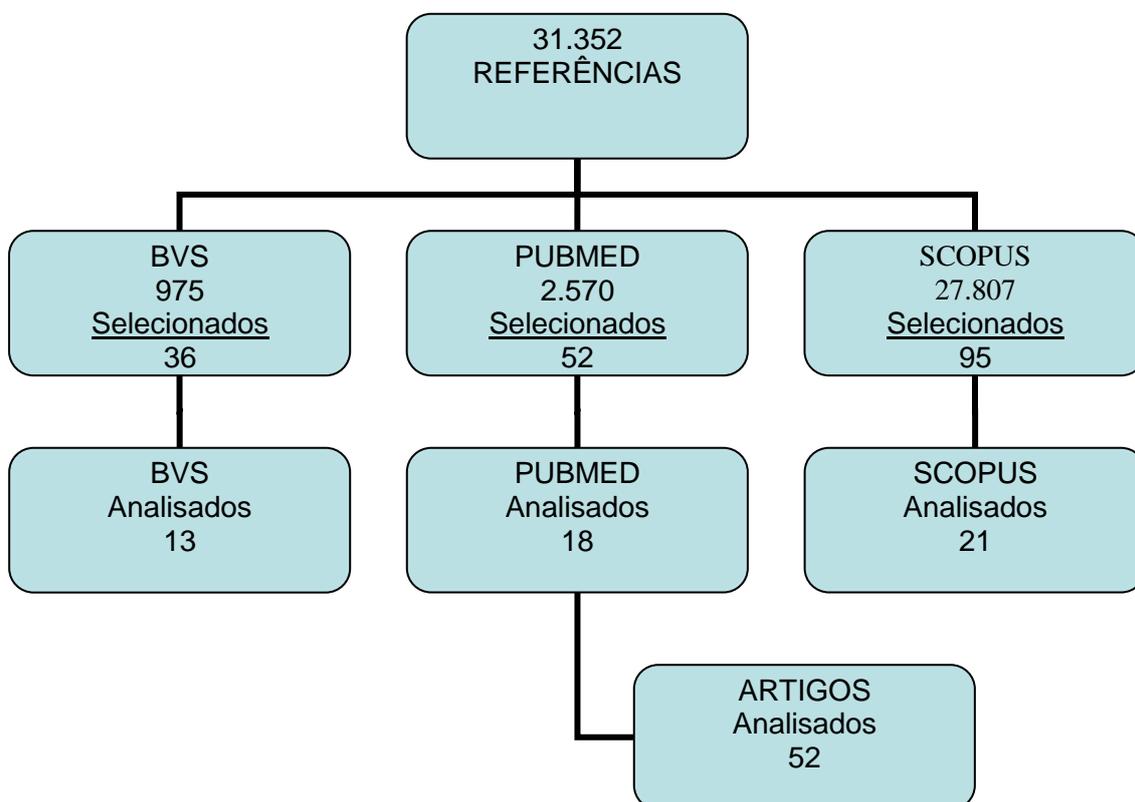


Figura 1 – Artigos encontrados e utilizados para o estudo  
Fonte: a autora (2013).

Foi identificado um elevado número de pesquisas envolvendo a cirurgia plástica, imagem corporal e TDC. No entanto, seguindo os critérios de inclusão e exclusão, apenas 52 se adequaram à necessidade desta pesquisa. Quanto à análise temporal, observou-se que o número de publicações sobre os temas investigados aumentou a cada ano. Verificou-se um número de 10 publicações em 2008, 12 em 2009, 14 em 2010 e 16 em 2011. Em relação aos países que publicaram estudos sobre o tema, os EUA foi o que mais se destacou (34 publicações), enquanto no Brasil foram encontrados oito estudos durante os anos investigados.

Com relação ao tipo de estudo, verificou-se que 27 das pesquisas realizadas tiveram característica quantitativa, quatro qualitativas, 13 revisões de literatura, três validações de instrumentos, três revisões sistemáticas, um estudo de abordagem quali-quantitativa e um estudo de caso. Outro critério levado em consideração pela presente pesquisa diz respeito ao desenho do estudo e o diagnóstico investigado

e/ou área de concentração da pesquisa. Para melhor compreensão desta análise os estudos foram organizados em tabelas (Tabelas 3 e 4), e categorizados nos seguintes grupos: "Perfil dos pacientes de cirurgia plástica, fatores motivacionais que levam à cirurgia e efeitos psicológicos do procedimento cirúrgico" e "Cirurgia plástica, imagem corporal e TDC".

Os resultados dos estudos categorizados no grupo "Perfil dos pacientes de cirurgia plástica, fatores motivacionais que levam à cirurgia e efeitos psicológicos do procedimento cirúrgico" estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Estudos que traçam o perfil dos pacientes de cirurgia plástica, fatores motivacionais que levam à cirurgia e efeitos psicológicos do procedimento cirúrgico

Referência	País (língua)	Desenho do estudo	Fatores avaliados
Stuerz, <i>et al.</i> (2008)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Impacto psicossocial da abdominoplastia.
Gorney (2008)	EUA (Inglês)	Revisão de literatura	Fatores motivacionais para a realização de cirurgia plástica.
Zuckerman e Abraham (2008)	EUA (Inglês)	Revisão de literatura	Fatores fisiológicos e psicológicos para a cirurgia plástica e suas consequências na imagem corporal de adolescentes.
Haas <i>et al.</i> (2008)	EUA (Inglês)	Revisão de literatura	Fatores motivacionais para a realização de cirurgia plástica.
Polonijo e Carpiano (2008)	Canadá (Inglês)	Revisão sistemática da literatura	Cirurgia plástica e saúde em revistas especializadas.
von Soest <i>et al.</i> (2009)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Efeitos da cirurgia plástica na imagem corporal, autoestima geral e problemas psicológicos.
Swami <i>et al.</i> (2009)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Aspectos relacionados à aceitação da cirurgia plástica.
Park <i>et al.</i> (2009)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Preditores de interesse para realização de cirurgia plástica.
Moss e Harris (2009)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Mudanças psicológicas após a cirurgia plástica.
Crerand <i>et al.</i> (2009)	EUA (Inglês)	Revisão de literatura	Considerações psicológicas que devem ser observadas antes de uma cirurgia plástica.

Tabela 3 – Estudos que traçam o perfil dos pacientes de cirurgia plástica, fatores motivacionais que levam à cirurgia e efeitos psicológicos do procedimento cirúrgico (Continua)

Solvi <i>et al.</i> (2009)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (qualitativo)	Motivações para a realização de cirurgia de prótese de mama.
Ribeiro <i>et al.</i> (2009)	Brasil (Português)	Revisão sistemática da literatura	O corpo ideal, a prática de atividade física e as cirurgias plásticas.
Swami (2009)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Associação entre cirurgia plástica, apreciação corporal, influência da mídia e dados demográficos.
Robin (2009)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Programas de televisão como influenciadores na tomada de decisão por cirurgia plástica.
Sperry <i>et al.</i> (2009)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Relação entre reality shows sobre cirurgia plástica, atitudes em relação à cirurgia plástica, imagem corporal e transtornos alimentares.
Nabi (2009)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Relação entre programas de televisão e a realização de cirurgias plásticas.
Dorneles (2010)	Brasil (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (qualitativo)	Fatores motivacionais para a realização da cirurgia plástica.
Solvi <i>et al.</i> (2010)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (qualitativo)	Fatores motivacionais para a realização da cirurgia plástica.
Swami (2010)	Malásia (Inglês)	Validação de instrumento	Validação do ACSS* para aceitação da cirurgia plástica estética.
Cordeiro <i>et al.</i> , (2010)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Comparação da saúde psicológica e emocional entre pacientes de cirurgia plástica estética e reparadora.
Chen <i>et al.</i> (2010)	Taiwan (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Perfil psicológico e fatores motivacionais de candidatas à cirurgia plástica.
Javo e Sorlie (2010)	Noruega (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Preditores psicossociais de interesse pela cirurgia plástica em jovens.
Chan (2010)	EUA (Inglês)	Revisão de literatura	Imagem corporal, mamoplastia e psicologia.
Brito <i>et al.</i> (2010)	Brasil (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Impacto da abdominoplastia sobre a qualidade de vida de pacientes.
Adams (2010)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (qualitativo)	Fatores motivacionais para a realização da cirurgia plástica.

Tabela 3 – Estudos que traçam o perfil dos pacientes de cirurgia plástica, fatores motivacionais que levam à cirurgia e efeitos psicológicos do procedimento cirúrgico (Continua)

Markey e Markey (2010)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Exposição a <i>reality shows</i> e atitudes em relação à cirurgia plástica.
Shridharani <i>et al.</i> (2010)	EUA (Inglês)	Revisão de literatura	Anormalidades e impactos psicológicos em indivíduos submetidos à cirurgia plástica.
Lijtmaer (2011)	EUA (Inglês)	Estudo de caso	Expectativas em relação à imagem corporal antes da realização de cirurgia plástica.
Picavet <i>et al.</i> (2011)	EUA (Inglês)	Revisão de literatura	Identificar os instrumentos que avaliam o TDC.
Rubesa <i>et al.</i> (2011)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Influência da cirurgia plástica no perfil emocional.
Cingi <i>et al.</i> (2011)	Inglaterra (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Efeitos da rinoplastia sobre a imagem corporal e qualidade de vida.
Swami <i>et al.</i> (2011)	Brasil (Inglês)	Validação de instrumento	Validade do ACSS* para avaliação da aceitação da cirurgia plástica estética.
Sante e Pasian (2011)	Brasil (Português)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Característica da personalidade de mulheres solicitantes de cirurgia plástica.
Reavey <i>et al.</i> (2011)	EUA (Inglês)	Revisão de literatura	Satisfação corporal e qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia plástica.
Wheeler <i>et al.</i> (2011)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Mídia como disseminadora da cirurgia plástica.
Wong e Gupta (2011)	EUA (Inglês)	Revisão sistemática da literatura	Estratégias de marketing: cirurgia plástica e mídia.

Fonte: ACSS: *Acceptance of Cosmetic Surgery Scale*

Quanto ao perfil dos indivíduos que procuram a cirurgia plástica, os estudos reportaram baixos níveis de autoestima e insatisfação com algumas partes do corpo, elevada atitude defensiva e maior sensibilidade afetiva (CHEN *et al.*, 2010; SANTE; PASIAN, 2011; SWAMI, 2009). Além disso, comportamentos narcísicos, personalidades histriônicas e TDC são mais comuns nestes sujeitos (Shridharani *et al.*, 2010).

Os motivos que levam à realização da cirurgia plástica estão baseados numa

combinação entre fatores, como a busca por melhora da imagem corporal, necessidade de aumento da autoestima e presença de sintomas de TDC, além de histórico pessoal, educação e aspectos culturais (HAAS *et al.*, 2008). Javo e Sorlie (2010) afirmam que, associados a esses fatores, pode-se apontar a opinião de conhecidos que já realizaram a cirurgia, consequências da gestação no corpo e recomendação de amigos. Adams (2010) acrescenta as expectativas pelas alterações nos atributos físicos, que segundo os pacientes, poderão facilitar o relacionamento social e bem-estar emocional.

Crerand, Infield e Sarwer (2009), analisando especificamente a cirurgia de prótese mamária, afirmam que a insatisfação com o tamanho ou forma da mama é o fator principal da cirurgia, por estar relacionado à insatisfação com a imagem corporal. Seguindo esta análise de cirurgia, Solvi *et al.* (2010) detectaram que a feminilidade está envolvida neste processo relacionada à insatisfação com a aparência, culto de uma figura corporal ideal, autoestima, comentários de colegas ou familiares, uso de roupas e sexualidade. Entretanto, os fatores motivacionais definitivos são: a mídia, situação econômica, informações de indivíduos que já foram submetidos a este procedimento e opinião de parceiro afetivo.

Ribeiro, Silva e Kruse (2009), ao realizarem um estudo que investigava a metodologia e estratégias de cuidado com o corpo que o público de uma determinada revista deveria ter, verificaram que a associação entre beleza e sucesso estava sempre presente. Identificaram também a construção das categorias que definiam de como seria o corpo ideal, como fazer para atingir este corpo e a importância de apresentar esse padrão. Entre as estratégias para alcançar este ideal corporal estavam: dieta balanceada, prática de atividades físicas regulares e a realização de cirurgias plásticas.

A influência da mídia, insatisfação corporal, transtornos alimentares e elevados índices de massa corporal (IMC) são preditores significativos para a tomada de decisão de realizar a cirurgia plástica (SWAMI *et al.*, 2009). Markey e Markey (2010) concluíram que indivíduos que ficam mais tempo expostos a programas de televisão relacionados à estética e cirurgias plásticas estão mais propensos a desenvolver o interesse por tal procedimento. Corroborando esses achados, Nabi (2009) explica que a proliferação de programas como estes são responsáveis pela comparação social e internalização do corpo tido como ideal, levando à insatisfação corporal.

Quanto às estratégias de *marketing* utilizadas por alguns médicos para atingir o seu público, Wheeler *et al.* (2011) e Wong e Gupta (2011) explicam que a mídia social é a principal ferramenta utilizada por estes profissionais. Páginas como *Facebook* e *Twitter* vêm sendo utilizadas principalmente em Miami e Beverly Hills. Os autores ressaltam ainda a dimensão dessas propagandas, em virtude do público adepto a estas redes sociais ser amplo.

von Soest *et al.*(2009) e Rubesa *et al.* (2011), através de suas pesquisas, evidenciaram uma melhoria em relação à satisfação com a aparência depois da cirurgia plástica. Neste sentido, Brito *et al.* (2010) acrescentam os impactos positivos na imagem corporal, autoestima e saúde mental após seis semanas da realização da cirurgia. Entretanto, existiram alguns conflitos emocionais, como depressão e níveis de ansiedade, que não desapareceram após o procedimento (RUBESA *et al.*, 2011).

Em relação aos pacientes submetidos à cirurgia de rinoplastia, Cingi, Songu e Bal (2011) afirmam que os níveis de insatisfação corporal diminuíram significativamente, assim como os níveis de ansiedade tanto nos homens como nas mulheres. Outro avanço em relação à ansiedade foi significativo nos estudos de Moss e Harris (2009) e Reavey *et al.* (2011), reportando bons níveis de satisfação com a parte do corpo alterada.

O último critério de análise em relação ao tema foi a relação cirurgia plástica, imagem corporal e TDC. Foram realizadas leituras aprofundadas dos artigos selecionados que seguem na Tabela 4.

Tabela 4 – Estudos que envolvem cirurgia plástica, imagem corporal e TDC

Referência	País (língua)	Desenho do estudo	Fatores avaliados
Jorge <i>et al.</i> (2008)	Brasil (Português)	Validação de instrumento	Validade do BDEE* para avaliação de sinais e sintomas de TDC.
Ende <i>et al.</i> (2008)	EUA (Inglês)	Revisão de literatura	TDC
Sarwer e Crerand (2008)	EUA (Inglês)	Revisão de literatura	TDC e cirurgia plástica.
Yang <i>et al.</i> (2008)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Avaliação da satisfação com a cirurgia plástica em indivíduos com TDC.
Pavan <i>et al.</i> (2008)	EUA (Inglês)	Revisão de literatura	Aspectos psicopatológicos do TDC.

Tabela 4 – Estudos que envolvem cirurgia plástica, imagem corporal e TDC (Continua)

Pollice <i>et al.</i> (2009)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	TDC e outros sintomas psiquiátricos em cirurgia plástica.
Conrado <i>et al.</i> (2010)	Brasil (Português)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Prevalência de TDC em pacientes de dermatologia.
Ulrike <i>et al.</i> (2010)	Alemanha (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Prevalência de TDC em cirurgia plástica.
Sarwer <i>et al.</i> (2010)	EUA (Inglês)	Revisão de literatura	TDC em pacientes que optam por cirurgia plástica.
Buhlmann <i>et al.</i> (2010)	Alemanha (EUA)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Prevalência de TDC na população Alemã.
Mulkens <i>et al.</i> (2011)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Sintomas psicopatológicos e presença de TDC em mulheres submetidas à cirurgia plástica.
Borda <i>et al.</i> (2011)	Argentina (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Prevalência de TDC e qualidade de vida de adolescentes submetidos à cirurgia plástica.
Amaral <i>et al.</i> (2011)	Brasil (Português)	Corte transversal/ pesquisa de campo (qualiquantitativo)	Incidência de insatisfação corporal e TDC, e atividade física em mulheres submetidas à cirurgia plástica.
Ghadakzadeh <i>et al.</i> (2011)	Iran (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Prevalência de TDC em indivíduos submetidos a rinoplastia.
Callaghan <i>et al.</i> (2011)	EUA (Inglês)	Corte transversal/ pesquisa de campo (quantitativo)	Considerações sobre cirurgia plástica e TDC. Importância do desenvolvimento de estratégias.
Tignol <i>et al.</i> (2011)	França (Inglês)	Revisão de literatura	Prevalência de TDC na França.

Fonte: BDDE – *Body Dysmorphic Disorder Examination*.

Jorge *et al.* (2008) realizaram a validação do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) para o Brasil. O questionário inclui 34 questões que avaliam o grau de insatisfação física e busca facilitar o diagnóstico de TDC em indivíduos que já realizaram cirurgia plástica de caráter estético.

Diversos estudos (CONRADO *et al.*, 2010; PAVAN *et al.*, 2008; POLLICE *et al.*, 2009; TIGNOL *et al.*, 2011) buscam avaliar o perfil dos indivíduos que sofrem do TDC, o seu tratamento e a prevalência desse transtorno nas áreas de dermatologia e cirurgia plástica. Pavan *et al.* (2008) afirmam que a cirurgia plástica não é indicada como forma de solucionar ou amenizar o TDC. Segundo o autor, o melhor tratamento para estes indivíduos deve ser através de medicamentos de recaptção de serotonina e terapia cognitiva comportamental. Pollice *et al.* (2009) e Callaghan *et al.* (2011) verificaram a prevalência significativa de TDC em pacientes que já realizaram cirurgia plástica. Os autores confirmam a importância de psiquiatras nos períodos pré e pós-operatórios, como forma de evitar a cirurgia plástica em casos em que o melhor tratamento é a terapia.

Buhlmann *et al.* (2010) analisaram a prevalência de TDC e o comportamento de uma amostra representativa de indivíduos da Alemanha. Os estudos reportaram que 15,6% dos sujeitos que sofrem de TDC já realizaram cirurgia plástica, 31% já pensaram em tentar suicídio e 22,2% pensaram em suicídio devido à insatisfação com a aparência. Em relação à dermatologia, Conrado *et al.* (2010) afirmam que o TDC atinge grande parte dos pacientes. Estes se encontram frequentemente em consultórios a fim de realizarem modificações estéticas e, em geral, estão insatisfeitos com os resultados obtidos.

Quanto à cirurgia plástica, Mulkens *et al.* (2011) reportaram que 86% de sua amostra ficou satisfeita com o resultado do procedimento. Entretanto, de 21 a 59% desses indivíduos apresentaram escores elevados de insatisfação corporal e presença de psicopatologias em comparação a população em geral. Sobre isso, Sarwer *et al.* (2010) afirmam que a maioria dos indivíduos que buscam a cirurgia plástica 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 a uma nova cirurgia (GHADAKZADEH *et al.*, 2011).

Amaral, Fortes e Ferreira (2011), ao realizarem um estudo com mulheres submetidas à cirurgia plástica, verificaram baixos níveis de insatisfação corporal e satisfação com o resultado da cirurgia, bem como baixos escores no instrumento BDDE. Outro dado importante foi em relação à atividade física, que foi relatada como forma de manter os resultados da cirurgia plástica.

As pesquisas envolvendo a cirurgia plástica como tema central estão

avançando ao longo dos anos, ao menos em países como os EUA, que representam o maior contingente de indivíduos que realizam tais procedimentos estéticos. A presente revisão sistemática identificou uma variedade de assuntos associados ao tema principal (cirurgia plástica), entre eles: imagem corporal, saúde mental, efeitos da cirurgia plástica sobre a autoestima e qualidade de vida, influência dos meios de comunicação na tomada de decisão pelo procedimento, a prevalência de TDC em indivíduos que realizam cirurgia plástica e também em pacientes de serviços de dermatologia, e satisfação com os resultados da cirurgia sobre o corpo.

A preocupação com a imagem corporal vem sendo destacada como elemento central das características psicológicas dos pacientes de cirurgia plástica. Relatórios clínicos sugeriram aumentos expressivos de insatisfação corporal em pacientes no período pré-operatório e melhorias corporais no pós-operatório (RUBESA *et al.*, 2011). Coughlin *et al.* (2012) explicam que, dentre os fatores motivacionais para a realização da cirurgia associados à imagem corporal, estão: insatisfação com o corpo, baixos níveis de autoestima, distúrbios de imagem e transtornos alimentares.

Quanto aos resultados obtidos na melhora de aspectos da imagem corporal e autoestima dos pacientes após a cirurgia plástica, os resultados são contraditórios. Adams (2010) aponta melhoria dos níveis de insatisfação corporal, aumento da autoestima e diminuição de problemas psicológicos nos pacientes. Entretanto, existem situações em que a insatisfação com determinada parte do corpo diminui, mas a satisfação do corpo como um todo não é alterada após o procedimento cirúrgico (PAVAN *et al.*, 2008). Nestes casos, verifica-se que a cirurgia plástica pode ser inapropriada, o que reforça a necessidade de avaliação no período pré-cirúrgico, a fim de verificar as reais condições psicológicas do indivíduo e, quando necessário, encaminhá-lo para o tratamento mais adequado.

A avaliação de aspectos psicológicos, característica de distúrbios de imagem corporal e de transtornos alimentares parecem de especial importância para a detecção de sinais e sintomas de TDC em candidatos à cirurgia plástica. Indivíduos com TDC estão convencidos de que, para se livrarem da aparência indesejada, é necessária uma alteração na parte do corpo afetada, principalmente através da cirurgia (POLLICE *et al.*, 2009).

Estudos realizados nos EUA com sujeitos que já realizaram alguma cirurgia plástica demonstraram que de 5% a 15% apresentam traços de TDC (PHILLIPS, 2011). Na Europa 9,1% dos indivíduos que já realizaram algum procedimento

estético possuem características do TDC e, no Brasil, 14% dos indivíduos que já passaram por algum tratamento dermatológico possuem traços de TDC (CONRADO *et al.*, 2010). Esses são dados preocupantes, uma vez que a cirurgia plástica estética tem sido questionada quanto a sua capacidade de melhora dos sinais e sintomas de pacientes com TDC (PHILLIPS, 2011). É preciso adotar estratégias avaliativas a fim de verificar a presença de tais sinais e sintomas no período pré-operatório e encaminhar esses pacientes para tratamentos mais adequados, sob a supervisão de um psicólogo ou psiquiatra.

O Brasil encontra-se no segundo lugar do *ranking* mundial de realizações de cirurgias plásticas. No presente estudo verificou-se que o número de pesquisas realizadas nos EUA é superior ao Brasil, resultado esperado, tendo em vista o grande número de cirurgias realizadas neste país. No entanto, em cirurgias como lipoaspiração, blefaroplastia e rinoplastia, o Brasil se encontra em primeiro lugar (ISAPS, 2011).

Baseado nessa perspectiva, é possível considerar que o número de estudos identificados nessa pesquisa, específicos para a realidade brasileira, é pequeno. Os estudos desenvolvidos no Brasil estão voltados para a validação de instrumentos (JORGE *et al.*, 2008; SWAMI *et al.*, 2011), avaliação do perfil dos indivíduos que realizam cirurgias plásticas (CONRADO *et al.* 2010; DORNELES, 2010) , influência da mídia (RIBEIRO *et al.*, 2009), aceitação do procedimento cirúrgico (SANTE; PASIAN, 2011) e avaliação da satisfação corporal no período pós-operatório (AMARAL *et al.*, 2010; BRITO *et al.*, 2010).

Os estudos obtidos nesta revisão sistemática nos possibilitaram ilustrar o atual quadro de pesquisas realizadas sobre a cirurgia plástica nos últimos anos e apontam algumas questões importantes a respeito da compreensão e repercussões da cirurgia no que diz respeito à influência da mídia, presença de TDC e insatisfação corporal.

A insatisfação corporal, considerada normativa para as mulheres de países desenvolvidos e em desenvolvimento, é apontada como um dos principais motivos para a busca de cirurgia plástica estética. Tal insatisfação com o corpo, quando em demasia pode se tornar um distúrbio de imagem corporal ou mesmo um TDC, aumentando ainda mais a busca do sujeito por intervenções dermatológicas ou cirúrgicas a fim de “corrigir” um “defeito” corporal. No entanto, alguns estudos têm questionado o real valor “curativo” destes procedimentos, uma vez que, na maioria

dos casos, os pacientes não apresentam remissão de sintomas de TDC, por exemplo. Mesmo quando avaliada a insatisfação com a imagem corporal, os estudos têm indicado melhoras específicas com a região operada, com manutenção de insatisfação com outras partes do corpo, o que não obstante leva a realização de outras cirurgias.

Embora um expressivo número de estudos tenha sido identificado na primeira etapa desta pesquisa, apenas 52 efetivamente estavam relacionados ao tema de interesse. Em sua maioria estes relatam as características dos pacientes que buscam a cirurgia plástica e as melhoras obtidas com tais procedimentos. Percebe-se que poucos estudos longitudinais foram conduzidos, verificando em um prazo maior de tempo os efeitos da cirurgia sobre a imagem corporal e o TDC. Embora floresçam discussões sobre a avaliação psicológica no período pré-operatório, indicando a necessidade de tal procedimento, acredita-se que essa discussão deva ser ampliada.

Observou-se a escassez de publicações brasileiras a respeito de indivíduos submetidos à cirurgia plástica, havendo a necessidade de elaboração de estudos que enfoquem, sobretudo, os fatores relacionados aos prejuízos e danos à saúde que podem ocorrer com este grupo de sujeitos. O Brasil apresenta um índice elevado de sujeitos que buscam a cirurgia plástica estética, muitos dos quais podem apresentar sinais e sintomas de TDC e também distúrbios de imagem corporal que merecem avaliação. Portanto, a presente pesquisa torna-se importante por procurar preencher as lacunas encontradas sobre o assunto no meio científico.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 ASPECTOS ÉTICOS**

O presente estudo encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o parecer nº 254/2011 (ANEXO 2).

### **4.2 PERCURSO METODOLÓGICO**

Para atingir os objetivos propostos pelo trabalho, reitera-se a necessidade da divisão do estudo em duas partes. Trata-se de um primeiro estudo quantitativo e um segundo de característica qualitativa, que se complementam entre si. No primeiro, os dados quantitativos foram capazes de levantar informações em relação às variáveis: mídia, TDC e satisfação corporal. Já o segundo procurou responder às indagações sobre como as mulheres que se submetem à cirurgia plástica se sentem em relação à sua aparência física e o motivo que as levou a realizar tal procedimento cirúrgico.

### **4.3 METODOLOGIA: ESTUDO 1**

O presente estudo possui característica quantitativa, comparativa e correlacional (THOMAS, NELSON e SILVERMAN, 2012). A pesquisa quantitativa deriva do método científico usado pelos cientistas da física (DANCEY e REIDY, 2013). Esta abordagem de pesquisa é objetiva, sendo um processamento sistemático formal onde cada número encontrado é um dado. Além disso, tem como objetivo descrever, testar e examinar o relacionamento entre causa e efeito (MINAYO, 2007), usando um processo dedutivo a partir do que já é conhecido (DANCEY e REIDY, 2013).

#### **4.3.1 População e amostra**

A população da pesquisa foi composta por mulheres da cidade de Juiz de Fora-MG que tenham sido submetidas a cirurgias plásticas. Fizeram parte da amostra deste estudo 88 mulheres com idade superior a 18 anos, que haviam realizado pelo menos uma cirurgia plástica de caráter estético. Para a seleção da amostra foi adotado o critério de amostra por conveniência e técnica de amostragem "bola-de-neve" (*snowball technic*) (GUEDES, 1998). Este método caracteriza-se por uma seleção em um grupo aleatório de participantes que, após participarem da pesquisa, identificam outros indivíduos que pertencem à mesma população-alvo (SALGANICK; HECKARTON, 2004).

Para a inclusão dos sujeitos da pesquisa foram adotados os seguintes critérios:

- Responder o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1);
- Possuir disponibilidade para responder aos questionários;
- Ter passado por alguma cirurgia plástica.

### **4.3.2 Instrumentos**

#### **4.3.2.1 Satisfação Corporal**

Para avaliar a satisfação corporal das voluntárias, foi utilizada a versão brasileira do *Body Shape Questionnaire* – BSQ (DI PIETRO, 2001) (ANEXO 5). Os itens do BSQ são designados para mensurar as preocupações e a satisfação com as formas do corpo. Numa escala *Likert*, o avaliado aponta com que frequência, nas últimas quatro semanas, ele vivenciou os eventos propostos pelas alternativas. A versão final brasileira mantém os 34 itens originais e quatro fatores: “autopercepção da forma corporal”, “preocupação comparativa”, “atitude” e “alterações graves” (DI PIETRO; SILVEIRA, 2009). A partir do escore obtido, tem-se a seguinte classificação: menor ou igual a 110 pontos, nenhuma insatisfação corporal; entre 110 e 138 pontos, leve insatisfação; entre 138 e 167, moderada insatisfação; e acima de 168 pontos, grave insatisfação.

#### 4.3.2.2 Transtorno Dismórfico Corporal

Com a finalidade de verificar a presença de traços de TDC, preocupações e satisfação com parte do corpo de mulheres que fizeram cirurgia plástica estética, foi utilizada a versão brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination* – BDDE (JORGE *et al.*, 2008) (ANEXO 3). Este instrumento manteve as 34 questões (abertas e fechadas) originais. Para as questões fechadas, as respostas são organizadas em uma escala na forma *Likert* de pontos, variando de zero a seis. O escore final é calculado através da soma das respostas para todos os itens (exceto a questão 1, que é aberta e as questões 2, 22, 33 e 34, que são respondidas pelo pesquisador), chegando a 168 pontos. Os autores determinam que escores superiores a 66 pontos refletem insatisfação com a aparência. O BDDE permite, ainda, que se verifiquem presença de sinais e sintomas relacionados aos critérios diagnósticos para o TDC. Estes se baseiam nas respostas das participantes a algumas perguntas específicas e são classificados em: (A) Preocupação com um imaginado problema na aparência (composto por 5 itens); (B) A preocupação causa angústia clinicamente significativa ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento (composto por 4 itens); (C) A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental (composto por 1 item) (JORGE *et al.*, 2008).

#### 4.3.2.3 Influência da mídia

Para avaliar a influência da mídia na internalização de padrões corporais desses indivíduos, utilizou-se o *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3* – SATAQ-3 (THOMPSON *et al.*, 2004) (ANEXO 4). O SATAQ-3 foi validado no Brasil, e sua tradução e avaliação da equivalência semântica foram descritos por Amaral *et al.* (2011). O instrumento é composto por 30 perguntas destinadas a avaliar a internalização geral dos padrões socialmente estabelecidos, incluindo o ideal de corpo atlético, a pressão exercida por esses padrões e a mídia como fonte de informações sobre aparência. A interpretação dos resultados é feita através de uma escala na forma *Likert* de pontos, de 1 a 5. O escore total é calculado pela soma das respostas, sendo que a maior pontuação representa maior influência dos

aspectos socioculturais na imagem corporal do indivíduo. Os escores de pontuação podem variar entre 30 a 150 pontos, sendo que as questões 3, 6, 9, 12, 13, 27 e 28 são de escores reversos. Seus itens estão divididos em quatro fatores: informação, pressões, internalização em geral e internalização atlética (AMARAL *et al.*, 2011).

#### **4.3.3 Procedimento para coleta de dados**

A coleta de dados do estudo foi realizada nas residências das voluntárias e, em certo momento, nas dependências da academia de ginástica que as participantes frequentam. Os questionários foram entregues aos sujeitos da pesquisa, que receberam então orientações verbais. Uma orientação escrita sobre os procedimentos adequados também estava presente nos próprios questionários. Qualquer dúvida foi esclarecida no momento do preenchimento pela responsável pela aplicação do instrumento. Os sujeitos foram avisados de que seus nomes e dados permaneceriam em sigilo. A entrega do questionário foi efetuada de acordo com a disponibilidade de cada participante, sendo seu preenchimento de caráter voluntário. Não houve limite de tempo para preenchimento do questionário.

#### **4.3.4 Análise dos dados**

Os dados coletados foram analisados mediante o uso do programa estatístico *Social Package for Social Science* (SPSS-19). Foi realizada a análise descritiva dos resultados para a caracterização da amostra a fim de verificar as medidas de tendência central e de dispersão dos dados coletados. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* verificou a não-normalidade de distribuição dos dados. Em seguida, as voluntárias foram agrupadas de acordo com o número de cirurgias plásticas realizadas: uma cirurgia (Grupo 1) e duas ou mais (Grupo 2). Portanto, foi aplicado o teste *U* de *Mann-Whitney* para verificar a diferença das médias de acordo com a divisão dos grupos e as variáveis analisadas. Para avaliar e comparar as médias entre os grupos dos critério de diagnóstico do BDDE, foi realizado um Teste Qui-quadrado. Em seguida, após a análise separada dos questionários, foram realizadas as análises de correlação de *Spearman*, sem a separação dos grupos, a fim de

verificar a existência de associação entre as variáveis analisadas através dos questionários.

#### 4.4 METODOLOGIA: ESTUDO 2

A presente pesquisa possui característica descritiva, exploratória e qualitativa (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012). A metodologia qualitativa é usada como veículo para estudos empíricos na perspectiva do sujeito e não do pesquisador (MINAYO, 2007). Günther (2006) afirma que o pesquisador não deve escolher um método ou outro, mas utilizar as variadas abordagens, qualitativas e quantitativas que se adequam à sua pesquisa. De acordo com Deslandes, Gomes e Minayo (2011), os dados quantitativos e qualitativos possuem uma oposição complementar, não sendo incompatíveis, nem possuem valorizações diferentes. Os autores afirmam que quando se opta por um trabalho realizado de maneira teórica e prática, existe a possibilidade de se produzir uma riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa.

##### 4.4.1 Amostra

A amostra do estudo foi constituída por 10 mulheres. Para a seleção da amostra foi adotado o critério por conveniência (THOMAS, NELSON e SILVERMAN, 2012). O fechamento amostral foi baseado no método de saturação. Tal método é definido pela interrupção da inclusão de novos participantes a partir do momento em que os dados obtidos, na avaliação do pesquisador, começam a apresentar redundância, não sendo relevante continuar a coleta de dados (BARDIN, 2011).

##### 4.4.2 Instrumentos

Para a abordagem qualitativa, optou-se pela realização de uma entrevista com o roteiro semiestruturado (ANEXO 6). A entrevista é definida por BOGDAN e BIKLEN (1994) como um diálogo intencional, sendo dirigida pelo pesquisador com a

intenção de obter informações sobre determinado fenômeno. QUIVY e CAMPENHOUDT (2005) explicam que através desse método é possível garantir a autenticidade e profundidade das informações recolhidas. Através da entrevista ocorre uma verdadeira troca: de um lado o entrevistado, revelando suas percepções e experiências; e do outro o entrevistador, facilitando essa comunicação e evitando que a pesquisa se afaste do seu objetivo de investigação.

Este estudo procurou investigar qual o significado que os corpos dessas mulheres têm para elas. Além disso, identificar o motivo que as levou a optar pelo procedimento cirúrgico.

#### **4.4.3 Procedimentos para coleta de dados**

Inicialmente o roteiro de entrevista foi avaliado e aprovado por três especialistas ligados à área corpo e diversidade. Em seguida, foi realizado um estudo-piloto envolvendo duas voluntárias. Este objetivou verificar a aplicabilidade da entrevista, bem como seu tempo de duração. Procurou-se averiguar também se essa seria capaz de atingir os objetivos propostos através da elaboração de questões capazes de obter as informações desejadas.

Houve uma explicação verbal sobre o instrumento utilizado e o objetivo da realização da entrevista. Por conseguinte, iniciou-se a coleta dos dados que foi realizada de acordo com a disponibilidade das voluntárias no local sugerido pelas mesmas.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. De acordo com Quivy e Campenhoudt (2005), a gravação e transcrição das entrevistas possibilita recolher de forma completa os discursos, incluindo as interrupções e hesitações, fazendo com que o pesquisador não dependa da sua capacidade de memorizar.

#### **4.4.4 Análise dos dados**

A análise dos dados coletados foi realizada através da análise de conteúdo. Segundo Bardin (2011), a análise do conteúdo possui atenção na fala, ou seja, no aspecto individual e atual da linguagem, no que está por trás das palavras. Dessa

forma, tudo o que é comunicação pode ser passível de ser analisado.

As entrevistas foram transcritas de forma integral e fiel de onde as informações de interesse foram extraídas, constituindo o *corpus* desse estudo. Depois dessa etapa, as categorias foram formuladas, partindo-se, então, para a elaboração dos indicadores que fundamentaram a interpretação final.

Para Bardin (2011), a categorização divide os componentes das mensagens analisadas em rubricas ou categorias. Guerra (2006, p. 80), afirma que a categoria é uma “rubrica significativa ou uma classe que junta, sob uma noção geral, elementos do discurso”.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 ESTUDO 1

Foram coletados 88 questionários em mulheres que já haviam passado por alguma cirurgia plástica. A média geral de idade das voluntárias foi de 34,43 ( $\pm 10,00$ ) anos. Quanto ao número de cirurgias realizadas, optou-se em dividir a amostra em dois grupos de acordo com a Tabela 5:

Tabela 5 – Número de cirurgias plástica realizadas

<b>Número de cirurgias plásticas</b>	<b>Número de indivíduos (n=88)</b>
1	53 (60,23%)
2 ou mais	35 (39,77%)

Fonte: a autora (2013).

O Grupo 1 foi constituído por mulheres que haviam passado por apenas uma cirurgia plástica (n=53) e o Grupo 2, por aquelas que passaram por dois ou mais procedimentos (n=35).

Através da Tabela 6 foram elucidados os resultados de acordo com a divisão dos Grupos 1 e 2 para a comparação entre as médias das variáveis investigadas:

Tabela 6 – Variáveis investigadas por grupos

Variável	Estatística Descritiva	Grupo 1 (n=53) M±DP	Grupo2 (n=35) M±DP	Z	p-valor
Idade (anos)	Média (DP)	31,83(8,00)	38,57(11,29)	-3,049	*0,002
	Mediana	29	35		
	Mín-Máx	19-55	22-61		
IMC	Média (DP)	22,91(±3,31)	24,15(2,50)	-2,639	*0,008
	Mediana	22,32	23,40		
	Mín-Máx	18,36-32,20	19,63-29,30		
BSQ	Média (DP)	83,17(±26,19)	88,77(29,70)	-1,156	0,248
	Mediana	79	88		
	Mín-Máx	38-141	34-161		
BDDE	Média (DP)	35,36(±20,41)	34,97(21,21)	-0,210	0,983
	Mediana	31	35		
	Mín-Máx	3-96	0-87		
SATAQ-3	Média (DP)	89,25(17,67)	91,11(17,45)	-0,512	0,609
	Mediana	88	89		
	Mín-Máx	51-128	51-131		
Internalização geral	Média (DP)	15,53(11,56)	16,97(10,57)	-0,463	0,644
	Mediana	18	17		
	Mín-Máx	1-35	1-35		
Internalização atlética	Média (DP)	10,19(2,94)	18,06(6,27)	-1,981	*0,048
	Mediana	18	20		
	Mín-Máx	4-16	4-20		
Informação	Média (DP)	18,81(5,40)	19,74(8,04)	-0,145	0,884
	Mediana	18	20		
	Mín-Máx	7-30	8-57		
Pressão	Média (DP)	17,26(6,44)	18,06(6,27)	-0,389	0,697
	Mediana	16	20		
	Mín-Máx	6-30	6-29		

\*significativo para  $p < 0,05$ .

Fonte: a autora (2013).

De acordo com os resultados ilustrados, após a realização do teste *U* de

*Mann-Whitney*, verificou-se que as variáveis BSQ, BDDE, SATAQ-3, internalização geral, informação a pressão não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos escores dos Grupos 1 e 2.

A insatisfação corporal é o fator mais relevante para a procura pela intervenção cirúrgica. A aparência do corpo constitui um importante componente da autoestima para pacientes de cirurgia plástica (MULKENS *et al.*, 2011). Quanto aos escores obtidos no presente estudo, verificou-se que os indivíduos dos dois grupos não reportaram elevados níveis de insatisfação com seus corpos através do BSQ. Entretanto, alguns sujeitos das duas amostras apresentaram escores superiores a 110 pontos. Neste caso, percebe-se a presença de uma leve insatisfação com o corpo.

Esses resultados corroboram os achados de Amaral *et al.* (2011) quanto a um grupo de mulheres que foram submetidas ao procedimento cirúrgico, no qual não foi encontrada elevada prevalência de insatisfação corporal (25%). Em contrapartida, Sante e Pasian (2011), comparando os níveis de insatisfação corporal entre um grupo de mulheres que não realizou cirurgia plástica e outro que havia passado por tal procedimento, verificaram que o segundo grupo apresentava níveis de insatisfação corporal mais elevados.

Existe uma correlação positiva entre a insatisfação corporal e o interesse em se submeter a cirurgias plásticas (CASH, 2005). von Soest *et al.* (2009) confirmam estes achados ao verificar que mulheres que haviam passado por diferentes cirurgias plásticas estavam livres de insatisfação corporal. Outro estudo que vai de encontro a estes foi realizado por Sawyer *et al.* (2002), apontando uma melhoria da avaliação da imagem corporal após a cirurgia de mamas. Além disso, Stuerz *et al.* (2007) descobriram que indivíduos após a realização da abdominoplastia se sentiram mais atraentes fisicamente. No entanto, pode-se encontrar na literatura científica resultados como os de Collins *et al.* (2002), que verificaram que a cirurgia plástica não melhorou a satisfação corporal dos indivíduos quando comparados nos períodos pré e pós-operatórios.

Sabe-se que os fatores sociais, como a mídia, são os principais disseminadores de padrões estéticos (von SOEST *et al.*, 2006), que na grande maioria das vezes são inatingíveis. Além disso, verifica-se que os meios de comunicação são responsáveis por fazer com que o indivíduo adquira alguns hábitos e tome atitudes que interfiram na sua satisfação com o corpo, como o início de

programas de atividades físicas e a realizações de cirurgias plásticas (GONDENBERG, 2007).

Dessa maneira, quando avaliada a influência da mídia através do SATAQ-3, observou-se que entre os grupos as médias foram aproximadas. Entende-se, portanto, que o número de cirurgias plásticas não influencia na internalização de padrões corporais emitidas através dos meios midiático. Logo, independente da quantidade de cirurgias a que a voluntária se submeteu, ela foi influenciada da mesma forma que outra que possam ter passado por apenas um procedimento.

Na literatura científica são escassas as pesquisas que avaliam a influência da mídia comparando os indivíduos quanto ao número de cirurgias plásticas. No entanto, estudos que verificam a correlação entre a exposição a programas de cirurgia plástica e a aceitação do procedimento já foram realizados. De acordo com Markey e Markey (2010), existe uma correlação positiva entre o tempo durante o qual se assiste a programas de televisão que tratam sobre a cirurgia e a intenção de realizá-la. Corroborando esse achado, Swami (2009) verificou que a mídia influencia positivamente para a tomada de decisão em realizar a cirurgia plástica.

Slevec e Tiggemann (2010) verificaram também que a exposição à mídia, principalmente para mulheres de meia idade (Grupo 2), é fator relevante para a realização do procedimento. Além disso, Campana *et al.* (2012) afirmam que as propagandas de beleza e atratividade física encontram-se em harmonia com o ideal de corpo e alimentam um padrão de corpo vigente que pode gerar a insatisfação corporal em mulheres. Dessa forma, pode-se concluir que tanto mulheres que realizaram somente um procedimento quanto aquelas que submeteram a mais de uma cirurgia podem se sentir insatisfeitas quanto aos seus corpos, já que são influenciadas de igual maneira pela mídia

Através das médias de escores do BDDE, avaliando a presença de traços de TDC, percebeu-se que tanto para o Grupo 1 quanto para o Grupo 2, seu comportamento foi similar. Os dois grupos reportaram baixos escores em relação ao transtorno.

De acordo com Sawyer, Crerand e Magee (2011), uma minoria de pacientes de cirurgia plástica desenvolve insatisfação com o corpo a ponto de desenvolver o TDC. Logo, os resultados obtidos na presente pesquisa corroboram a afirmação do autor. Entretanto, um estudo de Pollice *et al.* (2009) não obteve o mesmo resultado. De acordo com o pesquisador, em uma amostra de pacientes de cirurgia plástica foram

encontrados diversos sintomas psiquiátricos, bem como alta prevalência de transtornos de imagem.

Mulkens *et al.* (2012) também verificaram elevados escores quanto aos níveis de TDC em pacientes de cirurgia plástica, e ainda constataram que esses indivíduos estavam insatisfeitos com o resultado do procedimento e encontravam-se dispostos a passar por outra cirurgia. Nesta mesma perspectiva, Callaghan *et al.* (2011) também verificaram a presença de TDC em pacientes de cirurgia plástica, afirmando a importância da consulta psiquiátrica antes da realização do procedimento. Além disso, outros estudos envolvendo pacientes de cirurgia plástica confirmam a prevalência do TDC (PHILLIPS *et al.*, 2000; SAWER e CRERAND, 2002; CARROL *et al.*, 2002; VULINK *et al.*, 2006).

A tabela 7 ilustra os resultados das categorias do BDDE. Nela estão descritas as frequências e diferenças entre os grupos das respostas obtidas em cada questão que caracteriza os critérios de diagnóstico do TDC.

Tabela 7 – Critérios do BDDE

	<b>Grupo 1 (n=53) n(%)</b>	<b>Grupo 2 (n=35) n(%)</b>	<b>-valor f</b>
<b>Critério A</b>			
<b>Defeito físico observável</b>	<b>53 (100%)</b>	<b>35 (100%)</b>	<b>N/A</b>
10-Preocupação em situações públicas	10 (18,87%)	4 (11,43%)	0,35*
11- Preocupação em situações sociais	11 (20,75%)	7 (20%)	0,93
18-Importância dada ao problema	13 (24,52%)	13 (37,14%)	0,63
19-Autoavaliação negativa devido ao problema	19 (35,86%)	11 (31,42%)	0,90
<b>Critério B</b>			
<b>A preocupação causa angústia clinicamente significativa ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento.</b>			
9-Preocupação com o problema	5 (9,43%)	5 (14,30%)	0,48*
10- Preocupação em situações públicas	10 (18,87%)	4 (11,43%)	0,35*
11- Preocupação em situações sociais	9 (16,98%)	7 (20%)	0,71
13-Angústia relacionada ao problema	3 (5,66%)	2 (5,72%)	0,99
23- Afastamento de situações públicas	0 (0%)	0 (0%)	N/A
24- Afastamento de situações sociais	0 (0%)	0 (0%)	N/A
25- Afastamento de contato físico	2 (3,77%)	0 (0%)	N/A
26- Afastamento de atividade física	0 (0%)	0 (0%)	N/A
<b>Critério C</b>			
<b>A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental.</b>			
	53 (100%)	35 (100%)	N/A

\*significativo para  $p < 0,05$ ; N/A= não se aplica; n(%)= frequência absoluta (frequência relativa)

Fonte: a autora (2013).

Crerand *et al.* (2005) e Phillips (2001) verificaram que em indivíduos que apresentam os critérios de diagnóstico de TDC é comum não ocorrer mudanças no diagnóstico após a cirurgia plástica. Os dados ilustrados pela Tabela 7 mostram que parte da amostra analisada preencheu alguns critérios, indicando a presença de traços de TDC.

Os resultados obtidos apontam que as diferenças entre as médias são estatisticamente significativas para a questão 10 do critério A e para as questões 9 e 10 do critério B. Dessa forma, observa-se que no critério A todos os indivíduos da amostra responderam alguma questão na qual envolvia o "defeito físico observável". A média da questão 10, relacionada à "preocupação do defeito em situações públicas", foi mais alta para o Grupo 1.

Segundo Sawyer e Crerand (2008), o primeiro critério do DSM-IV (critério A) pode ser usado para descrever a maior parte dos indivíduos que sofrem do transtorno. Os sujeitos que apresentam essa característica possuem sua vida social prejudicada devido à obsessão com a aparência (ENDE, LEWIS e ENDE *et al.*, 2008). Entretanto, o nível de interferência no cotidiano dos indivíduos pode variar de acordo com o estágio do transtorno em que se encontra (SAWER e CRERAND, 2008).

Segundo Pavan *et al.* (2008), quando o TDC chega a níveis elevados, o aspecto social passa a ser extremamente prejudicado, interferindo nas relações com amigos, cônjuge e no trabalho. Tal afirmativa pôde ser comprovada através dos estudos de Hollander *et al.* (1992), que observou que em um grupo no qual 50% estava extremamente preocupado com a aparência, 25% chegou a ter prejuízos na vida social. Corroborando esse estudo, Phillips *et al.* (1994) verificaram em sua amostra que a importância dada à aparência em pacientes de TDC chegou a afetar significativamente a qualidade de vida.

Já em relação ao critério B, nem todos os indivíduos envolvidos nos Grupos 1 (54,71%) e 2 (51,45%) apresentaram o traço de TDC relacionando o problema na aparência à causa de angústia clinicamente significativa ou prejuízo em áreas sociais, profissionais ou outras áreas importantes de funcionamento. Percebe-se que a frequência das respostas do Grupo 1 foi maior nesse critério do que a do Grupo 2. Por conseguinte, as médias da questão 9 relacionadas ao problema com a aparência, e da questão 10, que trata da preocupação em situações públicas, se

comportaram da mesma forma.

O nível de angústia causado pelo transtorno é o critério mais importante para se diagnosticar o TDC. Portanto, quantificar o grau do segundo critério passa a ser um relevante aspecto para diagnosticar a presença do transtorno em pacientes de cirurgia plástica (CRERAND, CASH e WHITAKER, 2006). Em casos mais avançados do TDC, algumas comorbidades podem atingir estes indivíduos. Neste sentido, Hollander *et al.* (1999) estima que 12% dos pacientes de TDC sofrem de fobia social.

Os resultados obtidos quanto à presença de traços de TDC vão ao encontro dos achados de Sawyer (2002), quando encontrou baixos níveis de insatisfação corporal em pacientes de cirurgia plástica; entretanto, havia a presença de alguns traços do transtorno nesses indivíduos. Veale *et al.* (1996) e Conrado (2009), ratificando o resultado encontrado, explicam que a maioria dos pacientes que sofrem de TDC possuem prejuízos na vida social e ocupacional como resultado dessas preocupações, podendo gerar uma qualidade de vida ruim.

De acordo com *American Psychiatric Association* (2000), o TDC é uma característica que se destaca nos transtornos alimentares, como bulimia e anorexia. Coughlin *et al.* (2012) verificaram sua prevalência na realização de cirurgias plásticas em um grupo de pacientes que sofriam de transtornos alimentares. Contudo, os resultados quanto ao critério C foram contra o que tem se apurado nesse estudo. Verificou-se que as queixas de todas as voluntárias estavam relacionadas apenas ao que diz respeito à aparência, ou seja, nenhuma das participantes sofre de algum distúrbio alimentar, desordem de identidade de gênero ou transtorno obsessivo compulsivo. Logo, verifica-se que para esta amostra os achados presentes na literatura não podem ser aplicados.

Já em relação às variáveis idade, IMC e internalização atlética foi verificada uma diferença estatisticamente significativa. Conforme os resultados obtidos, percebe-se que a média de idade apresentou-se mais alta para o Grupo 2, no qual as voluntárias já realizaram mais de uma cirurgia plástica. O mesmo ocorreu para as outras variáveis, ou seja, quanto maior o número de cirurgias plástica, mais alto o IMC e a internalização atlética.

De acordo com Silva *et al.* (2011) em um estudo realizado no Brasil, as mulheres próximas à meia idade e com valores mais altos de IMC possuem maior prevalência de insatisfação com seus corpos. Slevic e Tiggemann (2010)

encontraram resultados similares quando verificaram que a ansiedade em relação ao envelhecimento torna-se um fator decisivo para a realização da cirurgia plástica. Segundo Algars *et al.* (2009), esse fato é decorrente dos efeitos do envelhecimento, que começam a ficar mais evidentes próximo aos 40 e 50 anos de idade. Em consequência, pode haver um maior interesse na realização de um maior número de cirurgia plásticas, como no caso do Grupo 2.

Em relação à associação entre os dados levantados no presente estudo, segue a matriz e tabela de correlação de *Spearman* (Figura 2 e Tabela 8):

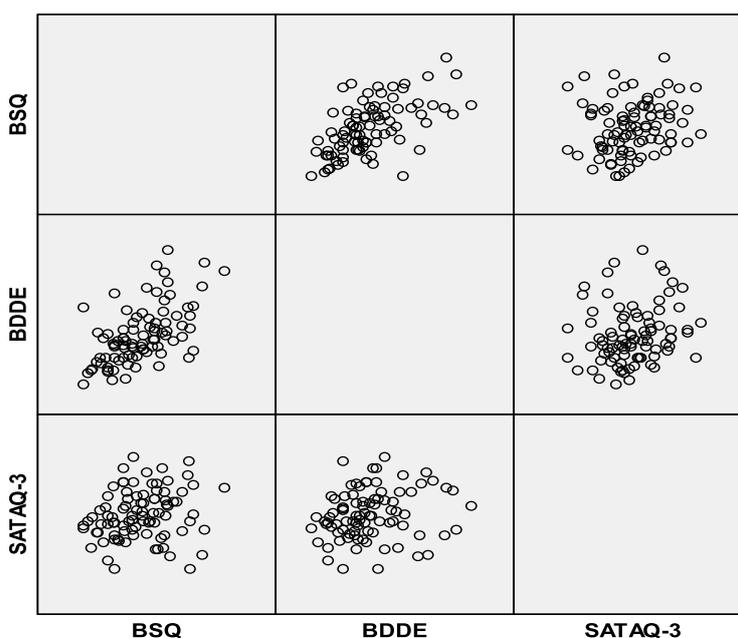


Figura 2 – Matriz de associação entre variáveis: insatisfação corporal, influência da mídia e traços de Transtorno Dismórfico Corporal  
Fonte: a autora (2013)

Tabela 8 – Matriz de associação entre variáveis: insatisfação corporal, influência da mídia e traços de Transtorno Dismórfico Corporal

<b>CORRELAÇÃO DE SPEARMAN</b>		<b>BSQ</b>	<b>BDDE</b>	<b>SATAQ-3</b>
<b>BSQ</b>	Coeficiente de correlação	1,000	0,591	0,224
	Nível de significância	.	0,000*	0,036*
<b>BDDE</b>	Coeficiente de correlação	0,591	1,000	0,237
	Nível de significância	0,000*		0,026*
<b>SATAQ-3</b>	Coeficiente de correlação	0,224	0,237	1,000
	Nível de significância	0,036*	0,026*	

\*significativo para  $p < 0,05$

Fonte: a autora (2013).

Analisando os resultados encontrados, verificou-se que a associação entre o BSQ e BDDE foi positiva e moderadamente forte ( $r=0,591$ ,  $p < 0,001$ ). Portanto, quanto maior a insatisfação corporal, maior a preocupação com o corpo e a presença de traços de TDC. Quanto ao coeficiente de determinação, 34,93% da insatisfação corporal pode ser explicada pela insatisfação com a aparência e a presença de traços de TDC.

Conforme já esclarecido anteriormente, a insatisfação corporal é o fator motivacional mais relevante para a busca pela cirurgia plástica (SAWER; CRERAND, 2004). Apesar de uma minoria de pacientes de cirurgia plástica desenvolver insatisfação e preocupação com o corpo compatíveis com o TDC (SAWER, CRERAND e MAGEE 2011), existe a prevalência de elevados escores de insatisfação corporal nos pacientes de TDC (CASH; PRUZINSKY, 2002). Dessa forma, o resultado obtido no presente estudo confirma o que se tem encontrado na literatura científica sobre o assunto, verificando uma correlação positiva entre insatisfação corporal e presença de traços de TDC.

Quanto ao BSQ e SATAQ-3, foi verificado um relacionamento positivo, porém muito fraco ( $r=0,224$ ,  $p < 0,036$ ). Logo, quanto maior a insatisfação corporal, maior a influência da mídia. O coeficiente de determinação aponta em 5,01% os escores da

insatisfação de padrões corporais dessas voluntárias.

Os resultados encontrados na literatura corroboram os deparados no grupo em questão. Mask e Blanchard (2011) verificaram que a exposição a figuras consideradas como padrão corporal causou um descontentamento em relação aos corpos das mulheres que fizeram parte da sua amostra. Além disso, Swami (2009) constatou uma associação positiva entre a influência da mídia sobre a insatisfação corporal e a tomada de decisão para realizar a cirurgia plástica. Sperry *et al.* (2009) verificaram que o ato de assistir a programas de cirurgia plástica se mostrou significativo em relação ao procedimento, podendo-se perceber que a mídia exerce influência no comportamento em relação ao corpo.

Já em relação ao BDDE e SATAQ-3, também foi verificado um relacionamento positivo e muito fraco ( $r=0,332$ ,  $p<0,026$ ). Portanto, quanto maior a insatisfação com a aparência e presença de traços de TDC, maior a influência da mídia. Neste caso, o coeficiente de determinação mostra que 11,02% dos resultados do BDDE podem ser explicados pela influência dos meios midiáticos na internalização de padrões corporais.

Na literatura científica, são escassos estudos associando o TDC à influência da mídia (COELHO, CARVALHO e FERREIRA, no prelo). No entanto, sabe-se que os meios de comunicação são responsáveis pela disseminação de padrões corporais inatingíveis, gerando prevalência elevada de insatisfação corporal nos indivíduos (THOMPSON *et al.*, 2004). Além disso, o TDC é caracterizado por altos níveis de insatisfação corporal (CONRADO, 2009). Dessa maneira, os resultados obtidos revelam a associação entre esses dois fatores, ressaltando a necessidade de pesquisas que analisem a associação das variáveis em questão.

## 5.2 ESTUDO 2

O estudo 2, conforme citado anteriormente, foi realizado com 10 mulheres que já haviam participado do primeiro momento da pesquisa. Desta forma, através Tabela 9 buscou-se traçar o perfil da amostra:

Tabela 9 – Perfil das participantes

<b>Sujeitos</b>	<b>Idade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Cirurgia realizada</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Atividade Física</b>
1	32	Empresária	Abdominoplastia	Solteira	Sim
2	52	Empresária	Lipoaspiração de abdômen, colute e mamoplastia	Solteira	Não
3	43	Empresária	Mamoplastia, lipoaspiração e abdominoplastia	Viúva	Sim
4	39	Fisioterapeuta	Mamoplastia, abdominoplastia e lipoaspiração de flancos	Casada	Sim
5	32	Médica Veterinária	Lipoaspiração de abdômen e prótese de silicone nas mamas	Divorciada	Não
6	29	Médica	Prótese de silicone nas mamas	Casada	Sim
7	25	Produtora de Moda	Rinoplastia e prótese de silicone nas mamas	Solteira	Sim
8	32	Advogada	Lipoescultura de cintura e abdômen	Solteira	Sim
9	42	Psicóloga	Lipoaspiração de abdômen e prótese de silicone nas mamas	Divorciada	Sim
10	28	Professora de Ed. Física	Prótese de silicone nas mamas	Solteira	Sim

Fonte: a autora (2013)

A idade das voluntárias variou entre 25 e 52 anos idade, compreendendo desde mulheres jovens adultas até a meia idade. As cirurgias mais realizadas dentro deste grupo foram lipoaspiração de abdômen (7) e prótese de silicone nas mamas (5), sendo que 7 voluntárias já haviam passado por mais de um procedimento e 3 por um apenas. Pode-se observar ainda que todas as participantes possuem terceiro grau completo, o que talvez possa proporcionar uma situação socioeconômica favorável para a realização da cirurgia plástica, por se tratar de um procedimento de caráter eletivo. De acordo com Pimenta *et al.* (2005) e Algars *et al.* (2009), existe

uma associação positiva entre elevados níveis socioeconômicos e a presença de sintomas de depressão integrados a elevados níveis de insatisfação.

Em relação ao estado civil da amostra, obteve-se o seguinte resultado: cinco solteiras, duas casadas, duas divorciadas e uma viúva. Desta maneira, verifica-se que a realização do procedimento não pode ser condicionada ao *status* de relacionamento dessas pessoas. Entretanto, Silva *et al.* (2011) encontraram indícios de que mulheres na meia idade que são casadas estão mais predispostas a realizarem tal procedimento. Além disso, Didie e Sawer (2003) afirmam que grande parte daquelas que optam por colocar a prótese de silicone nas mamas possuem expectativas quanto aos seus relacionamentos.

Após a análise aprofundada das entrevistas, foram formadas cinco grandes categorias: (1) atividade física, (2) aparência física, (3) satisfação com o corpo, (4) motivação e (5) realização de outra cirurgia plástica. Em seguida, após o estabelecimento das categorias, foram estabelecidas as subcategorias.

Quando perguntado a elas sobre sua satisfação corporal e aparência física, verificou-se que a prática de atividade física estava relacionada com a forma de se obter o corpo desejável. Logo, através da figura 3, percebe-se que a maior parte da amostra (8) é ativa e o restante (2) é sedentária.

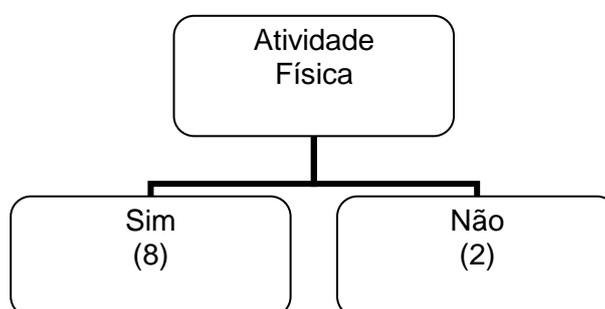


Figura 3 – Atividade física

Fonte: a autora (2013).

Silva *et al.* (2011) afirmam existir uma associação positiva entre o sedentarismo e elevados níveis de insatisfação corporal em um pesquisa realizada com uma amostra brasileira. LePage e Crowther (2010), indo ao encontro destes resultados, verificaram que mulheres que se exercitam em média três vezes por

semana possuem menores índices de insatisfação corporal em comparação às sedentárias.

Dessa maneira, observou-se nas falas de algumas voluntárias suas opiniões em relação à atividade física. Duas mulheres afirmaram não seguir nenhum programa. Do mesmo modo, durante as entrevistas, uma delas afirmou estar insatisfeita com a região já operada por não realizar exercícios regularmente.

Sinto pouco satisfeita ainda, mas por não fazer nenhum tipo de atividade física regular (...) Hoje eu não estou satisfeita com meu abdômen por eu não fazer nenhum tipo de exercício físico. (Participante 2, lipoaspiração de abdômen, culote e mamoplastia)

Quanto às demais, verificou-se através de suas respostas que a realização das atividades realizadas associadas a dietas podem servir de recurso para manter a saúde, bem como melhorar a aparência ou até mesmo evitar a realização de outro procedimento.

(...) eu não tenho muita insistência em fazer atividade física (...) Sempre procurei uma academia que eu gostasse das pessoas, que eu me sentisse bem para me motivar cada vez mais de frequentar e... eu sei que o caminho é esse mesmo, atividade física e uma boa nutrição. (Participante 4, mamoplastia, abdominoplastia e lipoaspiração nos flancos)

Hoje em dia meu objetivo primeiro não é uma cirurgia plástica, é tentar fazer exercício físico, ter uma vida mais saudável para conseguir o meu objetivo! (Participante 8, lipoescultura de cintura e abdômen)

Além disso, também esperam que o exercício físico associado a dietas seja uma alternativa para atingir a aparência desejável.

Ah, eu sou feliz comigo, mas eu acho que eu posso melhorar, por isso eu faço atividade física, né?! Faço dieta para melhorar a aparência! (Participante 9, lipoaspiração de abdômen e prótese de silicone nas mamas)

Com relação à aparência física das voluntárias, uma voluntária afirmou estar insatisfeita. Totalmente satisfeitas, foram encontradas duas. Além disso, sete voluntárias demonstraram estar parcialmente satisfeitas com sua aparência, afirmando que possuem partes do corpo que gostariam de melhorar. Dentre estas estão envolvidas inclusive regiões que já foram operadas.

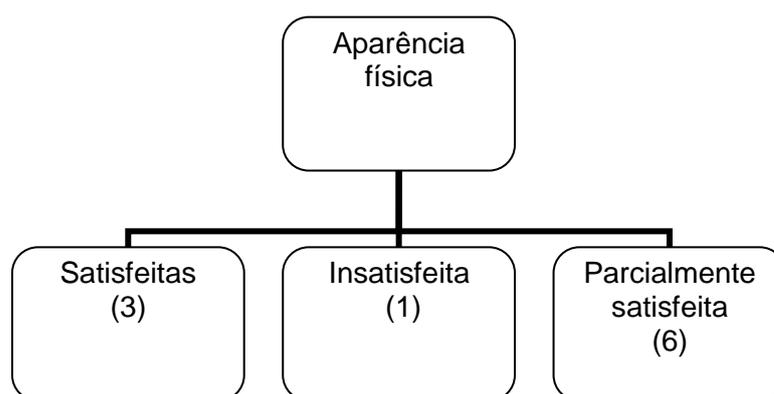


Figura 4 – Aparência Física  
Fonte: a autora (2013).

A cirurgia plástica é capaz de proporcionar mudanças nos aspectos psicológicos dos indivíduos, principalmente no que diz respeito à aparência física (CASH e PRUZINSKY, 2002). von Soest (2009) e Rubesa *et al.* (2011), confirmando esta afirmativa, evidenciaram melhorias em relação à satisfação com a aparência após o procedimento. O mesmo pode ser identificado na fala da participante 1:

Eu sinto que depois da cirurgia plástica ela [a aparência] melhorou e alterou diretamente a minha autoestima. Então, com a mudança na autoestima a gente tem mais autoconfiança no nosso dia a dia, na hora de tomar decisões, conhecer novas pessoas, fazer entrevistas de emprego, lidar com o próximo, esse tipo de coisa. No relacionamento também, isso influencia diretamente no relacionamento! (Participante 1, abdominoplastia)

Nota-se também que, para essa voluntária, a melhoria de sua aparência

contribuiu para sua autoconfiança quanto a encontrar emprego e no relacionamento afetivo. Esse tipo de comportamento é justificado por Sarwer, Crerand e Magee (2010), quando afirmam que alguns indivíduos que passam por esse tipo de cirurgia geram expectativas positivas quanto ao convívio social, principalmente quanto à melhor aceitação na sociedade e ao início de um relacionamento afetivo.

De acordo com von Soest *et al.* (2009), o aumento dos níveis de satisfação com a aparência e autoestima são significativos após a realização de cirurgia plástica, principalmente em mulheres. Desta maneira, duas voluntárias também reportaram estar satisfeitas com sua aparência, afirmando que a cirurgia plástica foi responsável por tal benefício:

Ah, hoje em dia eu me sinto bem! Antes da cirurgia, principalmente a que eu fiz no nariz, eu me sentia mal! Achava meu rosto meio desproporcional, sentia até um desconforto quanto ao meu queixo. Eu achava tudo um pouco desproporcional, mas depois que eu fiz a cirurgia eu estou me sentindo muito bem! (Participante 7, rinoplastia e prótese de silicone nas mamas)

É, eu sinto que eu deveria me dedicar mais ao meu corpo, né?! Por falta de... por falta de tempo e outros motivos eu andei descuidando, eu não tenho muita insistência em fazer atividade física, foco mais em casa e no trabalho. Sempre tive uma autoestima boa, nunca me deixou para baixo com relação ao meu corpo! Mas de dois anos para cá eu tenho notado que eu poderia estar melhorando, né? Começou a me incomodar de uns dois anos para cá e eu comecei a pensar no que eu poderia fazer para melhorar, né? Eu fiquei satisfeita, bem satisfeita com relação ao passo que eu tomei! [realização da cirurgia plástica] (Participante 4, mamoplastia, abdominoplastia e lipoaspiração de flancos)

Existe uma correlação positiva, conforme citado anteriormente, entre os níveis de insatisfação corporal e o IMC (SILVA *et al.*, 2011). Dessa forma, mulheres que relatam estarem acima do peso possuem elevados índices de insatisfação com a sua aparência. Tal afirmativa pode ser comprovada através da fala de uma participante insatisfeita com sua aparência:

Me sinto com alguns quilos acima do peso – 8 kg – e com bastante celulite, acho que acima da média. Porque sinto as vezes o excesso de peso me incomodar ao sentar e ao me vestir. Quanto à celulite, realmente a aparência não é nada agradável. Atualmente, aos 53 anos, estou com bastante dificuldade de perder peso. (Participante 2, Lipoaspiração de abdômen, culote e mamoplastia).

Os resultados obtidos constataam que a maioria das entrevistadas encontra-se parcialmente satisfeita com sua aparência, ou seja, a cirurgia plástica foi capaz de resolver parte do incômodo. A atividade física e a adoção de hábitos alimentares saudáveis foram mencionados como forma de obter a aparência desejável pela participante 3:

Ah! Me sinto bem, só que as vezes a gente se sente meio incompleta, né? A gente acha que precisa emagrecer um pouco, precisa mudar a alimentação para poder conquistar o objetivo da parte física. (Participante 3, mamoplastia, lipoaspiração e abdominoplastia)

Outra participante, que também demonstrou insatisfação com a aparência, reportou que, além do sedentarismo, os efeitos da gestação também são responsáveis pela situação em que seu corpo se encontra. Dessa forma, Javo e Solier (2010) confirmam que os efeitos da gestação no corpo são características que incomodam algumas mulheres e geram o interesse em realizar a cirurgia plástica.

Sinto pouco satisfeita ainda, mas por não fazer nenhum tipo de atividade física regular. Em relação à cirurgia plástica, eu fiquei muito satisfeita com todos os resultados! Hoje eu não estou satisfeita com meu abdômen por eu não fazer nenhum tipo de exercício físico. Eu tive filho há dois anos e não voltei ainda ao meu corpo antigo! (Participante 5, lipoaspiração de abdômen e prótese de silicone nas mamas)

Para a participante 8, a aparência física não chega a causar incômodo. Entretanto, afirma estar insatisfeita com a região do corpo que já foi operada. Desse modo, percebe-se que, apesar de já ter passado por tal cirurgia, ela ainda está insatisfeita com a parte do corpo alterada:

Bom, eu me sinto bem em relação à minha aparência física! Mas sempre a gente quer melhorar, né? Tentar dar uma emagrecida principalmente! Eu gostaria de melhorar a mesma região de quando eu fiz a cirurgia plástica, principalmente a região da cintura, da barriga e membros superiores. (Participante 8, lipoescultura de cintura e abdômen)

Os efeitos do envelhecimento sobre o corpo também foram mencionados como obstáculo para possuir a aparência física desejável. Silva *et al.* (2011) verificaram uma correlação positiva entre os efeitos do envelhecimento e a insatisfação corporal em um grupo de indivíduos brasileiros. Corroborando esse fator, Slevic e Tiggeman (2010) afirmam que o avançar da idade torna-se fator motivacional para a realização da cirurgia plástica em mulheres. Esta constatação pode ser verificada na fala da entrevistada 10:

Eu sinto que minha aparência física é boa! Eu gosto dela! A gente sempre quer melhorar, emagrecer um pouco para tirar um pouco de gordura localizada! Mas com o passar do tempo, a gente vai ficando mais velha e percebe que nosso corpo vai mudando. Daí a gente fica mais preocupada com os danos que o envelhecimento pode causar na gente. Não perde peso com tanta facilidade, tem que tomar alguns cuidados com a pele, evitar alguns alimentos que podem dar celulite, gordura localizada... (Participante 10, prótese de silicone nas mamas)

Quanto aos dados obtidos das participantes parcialmente satisfeitas, Sawyer *et al.* (2002) encontraram resultados parecidos quando verificaram que os pacientes no período pós-operatório reportaram uma redução dos níveis de insatisfação corporal. Entretanto, a avaliação geral do corpo não foi alterada. Mulken *et al.* (2012) reportaram que 86% de sua amostra ficou satisfeita com o resultado do procedimento. No entanto, de 21 a 59% desses indivíduos apresentavam níveis elevados de insatisfação com sua aparência.

Quanto à terceira categoria, relacionada à satisfação com o corpo, obteve-se o seguinte resultado: satisfeita (1), insatisfeitas (2) e parcialmente satisfeitas (7).

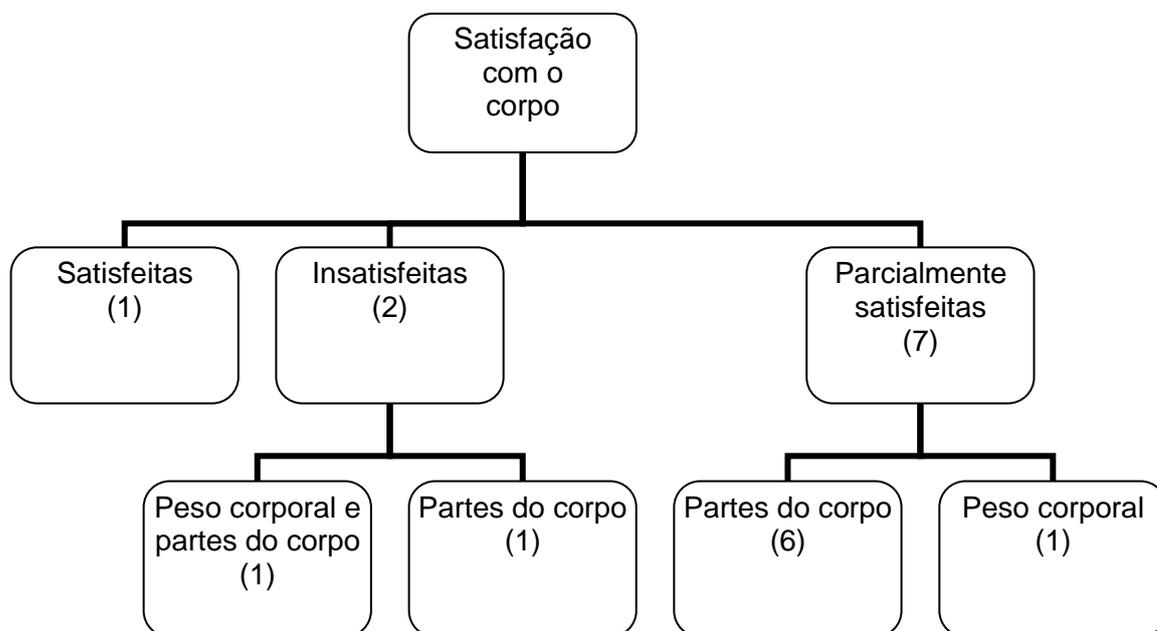


Figura 5- Satisfação com o corpo  
Fonte: a autora (2013).

Gonçalves (2001) afirma que a cirurgia plástica é capaz de aliviar o sofrimento do indivíduo com relação à insatisfação com seu corpo. Conforme a fala da voluntária que se mostrou satisfeita com seu corpo, percebe-se tal consequência: “Eu não estava satisfeita com meu corpo de uns dois anos pra cá, então tomei as medidas cabíveis [realização da cirurgia plástica] pra tentar melhorar, né?” (Participante 4, mamoplastia, abdominoplastia e lipoaspiração de flancos).

Dentre as participantes parcialmente satisfeitas, uma reportou que, para se sentir totalmente bem com seu corpo, possui o interesse em realizar uma próxima cirurgia:

Eu estou satisfeita, mas ainda não estou 100% satisfeita porque tenho a intenção de fazer a mamoplastia devido à grande perda de peso que eu tive anteriormente à plástica. (Participante 1, abdominoplastia)

Dentre as justificativas para estarem insatisfeitas com seus corpos, o peso corporal e/ou alguma parte do corpo faziam parte das queixas, sendo que, para algumas voluntárias, as duas subcategorias estavam presentes nas respostas. Conforme explicam as participante 2 e 5, o peso corporal e a gordura localizada são

os principais incômodos em relação ao corpo:

Não me sinto satisfeita, porque além de estar acima do peso, com muita celulite, ainda estou tendo alguns problemas físicos como dores no joelho, no braço por excesso de uso do computador, e na minha idade começando problemas de flacidez. Caso eu consiga perder os quilos a mais, pelo menos quando estou vestida, não vendo as celulites poderá ficar bem melhor. (Participante 2, lipoaspiração de abdômen, culote e mamoplastia)

Não, não estou satisfeita justamente porque eu não faço nenhum tipo de atividade física contínua, nem dieta! Tem dois anos que eu tive minha filha! Agora que eu estou conseguindo regularizar meu tempo e meu horário para poder fazer mesmo atividade física e fazer uma dieta! É que eu sou muito sem disciplina para isso e só não fico satisfeita mesmo com a gordura localizada porque o resto eu não tenho muito que reclamar não! (Participante 5, lipoaspiração de abdômen e prótese de silicone nas mamas)

Quanto àquelas que se encontram parcialmente satisfeitas com seus corpos, o peso ou alguma parte do corpo foram as justificativas para tal situação. No entanto, percebe-se que a cirurgia plástica foi relatada como fator para a melhoria da satisfação corporal. Neste sentido, Brito *et al.* (2010) também verificaram impactos positivos na imagem corporal dos indivíduos após passarem pelo procedimento.

Sinto, me sinto satisfeita! Óbvio que não é perfeito [o corpo], eu queria. Gostaria de ter menos flacidez, ter um corpo mais definido. Mas eu estou satisfeita do jeito que está! (Participante 6, prótese de silicone nas mamas)

A preocupação com o peso corporal demonstrou nesta categoria também ser uma preocupação importante. Henderson-King e Brooks (2005) afirmam que elevados índices de massa corporal geram insatisfação com o corpo a partir do momento que o padrão de beleza se distancia do tamanho do corpo percebido pelo indivíduo.

O meu corpo não me incomoda, não. Eu também fiz cirurgia de silicone no busto e fiquei bem satisfeita. Hoje em dia eu só estou um pouquinho acima do peso dentro do que eu acho meu peso normal. Eu sempre fui mais magra, mas não me incomoda muito, não, porque eu não tenho muito problema de peso, não. Minha bunda que às vezes me incomoda um pouco, minha bunda é um pouco grande e a barriga também! (Participante 7, rinoplastia e prótese de silicone nas mamas)

Com a forma do meu corpo eu estou, sim. Principalmente depois que coloquei o silicone! Mas me incomoda muito minhas celulites no bumbum e algumas que estão começando a aparecer nas pernas! Gostaria de usar algumas roupas e deixo de usar porque elas ficam marcando. Mas em relação ao tamanho dele [glúteo] e da minha perna, estou satisfeita. A perna eu gostaria de engrossar mais. Também sinto que meus braços não estão tão firmes quanto a dois anos atrás. Isso me preocupa e faz com que eu faça mais exercícios para essa região. Quando eu estou malhando, fico observando para ver se ele está melhorando! (Participante 10, prótese de silicone nas mamas)

Esses resultados não corroboram os de Mulkens *et al.* (2012) em um grupo de indivíduos submetidos à cirurgia plástica. De acordo com o estudo, tais sujeitos encontravam-se insatisfeitos com sua imagem corporal e afirmaram estar interessados em realizar outra cirurgia plástica. Outros dados apontados por Mulkens *et al.* (2011) reportaram que, mesmo após a realização do procedimento, os indivíduos apresentaram escores elevados de insatisfação corporal em comparação à população em geral. Além disso, Sante e Pasian (2011) afirmam que existem características nas personalidades das pacientes de cirurgia plástica tidas como "femininas", podendo estar relacionadas a uma maior vulnerabilidade e sensibilidade a pressões sociais para se obter determinados padrões que podem gerar a insatisfação com seus corpos.

A motivação para a realização do procedimento foi a quarta categoria encontrada de acordo com o roteiro da entrevista. Conforme ilustrado na Figura 6, as subcategorias foram: dificuldade de emagrecimento, incômodo causado pela região operada e relacionamento com o parceiro afetivo, sendo que algumas voluntárias se encaixavam em mais de uma subcategoria.



Figura 6 – Motivação para a cirurgia plástica  
 Fonte: a autora (2013).

Os resultados obtidos quanto à motivação para a realização do procedimento cirúrgico vão de encontro aos estudos presentes na literatura científica. Swami (2009) afirma que são preditores significativos para a realização da cirurgia plástica a insatisfação corporal e elevados índices de massa corporal. Através da fala das participantes 1 e 2, percebe-se que estes fatores foram relevantes para a tomada de decisão: “No caso da lipo, foi o fator de não conseguir emagrecer o suficiente e, quando emagrecia, na barriga não fazia muita diferença!” (Participante 2, lipoaspiração de abdômen, culote e mamoplastia).

(...) por mais que eu fizesse atividade física eu não conseguia corrigir e isso estava me deixando bastante insatisfeita com a minha identidade visual. Então, eu optei por fazer a cirurgia de abdominoplastia para fazer a retirada desse excesso de pele para melhorar a minha identidade visual. (Participante 1, abdominoplastia)

Chen *et al.* (2010) descrevem que no perfil desses indivíduos a sensibilidade afetiva também está presente, o que pode justificar a preocupação em relação ao parceiro afetivo. Nesta perspectiva, Solvi *et al.* (2010) acrescentam que a feminilidade está envolvida no processo, assim como o uso de roupas e a sexualidade. No Brasil foram encontrados, ainda, resultados em que as voluntárias realizariam a cirurgia plástica por medo de serem trocadas pelo parceiro por outra mulher com melhor aparência (EDMONDS, 2002).

Portanto, quanto ao relacionamento com o parceiro afetivo, encontrou-se nas

falas das voluntárias que este é um dos fatores motivacionais para a tomada de decisão: “Minha vida íntima, eu estava começando a me prejudicar, entendeu? Eu ficar envergonhada é uma coisa que eu nunca tinha tido antes, tá?” (Participante 4, mamoplastia, abdominoplastia e lipoaspiração de flancos).

Com meu parceiro eu também já estava tendo um pouco de bloqueio porquê eu estava achando que minha mama estava flácida! Então assim, eu não estava achando que meu peito estava tão bonito. (Participante 6, prótese de silicone nas mamas)

Outro fator foi com relação ao meu parceiro, eu achava que tudo no meu corpo estava bem, menos meu seio! Na hora de relação sexual eu sentia que faltava alguma coisa, essa coisa era meu peito! Quando ele me tocava eu achava muito murcho. Então eu resolvi fazer [a cirurgia] e achei que me ajudou muito! Minha autoestima hoje é outra! (Participante 10, prótese de silicone nas mamas)

Para uma das voluntárias, a preocupação com a região operada chegou a ser fator limitante para que ela nunca tivesse tido uma relação sexual.

Eu era muito insatisfeita e eu tinha um problema na coluna com 17 anos que eu operei e fiquei com um fundo no seio direito. Eu já não tinha mesmo mama, eu fiquei com um furo no seio direito. Eu coloquei tanto por estética quanto porque era mesmo um defeito! Eu evitava todas as situações que meu defeito ficasse exposto! Nunca usei nada sem sutiã porquê eu usava sutiã que tinha enchimento, que foi comprado até fora do país! Não usava nenhuma blusa de alcinha fina, não usava costas de fora, eu era muito magrinha e não podia usar nada e também tinha um problema pessoal! Eu nunca tinha tido relação sexual por causa do meu peito! (Participante 5, lipoaspiração de abdômen e prótese de silicone nas mamas)

A subcategoria para a qual a maior parte das voluntárias apontaram ser o fator motivacional para a tomada da decisão, diz respeito ao incômodo causado pela região operada, chegando a ser considerada como um defeito.

Algumas voluntárias deixavam de usar determinadas roupas a fim de evitar a exposição da região do corpo operada ou até mesmo usavam roupas que "camuflassem" a característica que as incomodava. Comportamentos similares são

descritos por Conrado (2009) em pacientes de cirurgia plástica que sofrem de TDC.

Antes da redução de mama eu não usava blusa muito justa, eu tinha vergonha da minha mama. Eu achava ela muito grande! (Participante 3, mamoplastia, abdominoplastia e lipoaspiração)  
Com relação às minhas roupas mesmo, porque nos vestidos já não ficava legal [a mama]! Eu tive que deixar de usar uns tipos de roupa. (Participante 4, mamoplastia, abdominoplastia e lipoaspiração de flancos)

Eu não colocava qualquer roupa sem sutiã. Antes eu não usava vestido com as costas de fora. Biquíni só se fosse com bojo, tomara que caia ou frente única. Meu sonho era usar um cortinha! (Participante 10, prótese de silicone nas mamas)

Quanto à participante 7, paciente de rinoplastia, o extremo incômodo com a região é observado através da sua fala como fator motivador para o procedimento:

Ah foi um desconforto, né? Eu achava o meu rosto meio desproporcional aí, principalmente o perfil. Meu nariz, eu achava que tinha um caroço que me incomodava. Por causa do meu nariz, eu evitava tirar foto de perfil, eu não gostava do meu perfil eu ficava bem incomodada assim, não tinha jeito. Eu tentava era não tirar foto porquê eu não gostava! Então resolvi fazer a cirurgia plástica! (Participante 7, rinoplastia e prótese de silicone nas mamas)

Veale *et al.* (2003) confirmam esta situação através de uma pesquisa com um grupo de pacientes de rinoplastia. De acordo com os autores, esses pacientes demonstram-se extremamente insatisfeitos com o nariz no período pré-operatório. Além disso, acreditam que após a cirurgia plástica se tornarão totalmente satisfeitos com sua aparência.

Ao mesmo tempo, Sante e Pasion (2011) verificaram que insatisfação com alguma parte do corpo, bem como baixos níveis de autoestima, foram fatores significantes para a tomada de decisão. Conforme a fala das voluntárias, verifica-se que tal afirmação pôde ser comprovada.

Ah eu acho que era a insatisfação mesmo com o corpo, né?! Geralmente eu não me sentia bem com alguma roupa! Principalmente adolescente assim, você quer sair com uma roupa mais justa, mais jovem (...). (Participante 8, lipoescultura de cintura e abdômen)

Foi a medida que eu encontrei de ficar com uma aparência melhor. Eu tinha que usar roupa mais larguinha, mas nunca tive nenhum constrangimento em colocar estas regiões do corpo à mostra não. (Participante 9, lipoaspiração de abdômen e prótese de silicone nas mamas)

Quanto à última categoria analisada, diz respeito à possível realização de outra cirurgia plástica. De acordo com os dados coletados, verificou-se que três voluntárias estão dispostas a passar por outro procedimento, quatro não possuem a intenção e as outras três talvez realizassem outro procedimento caso houvesse necessidade para esconder os efeitos da gestação no corpo ou do envelhecimento.

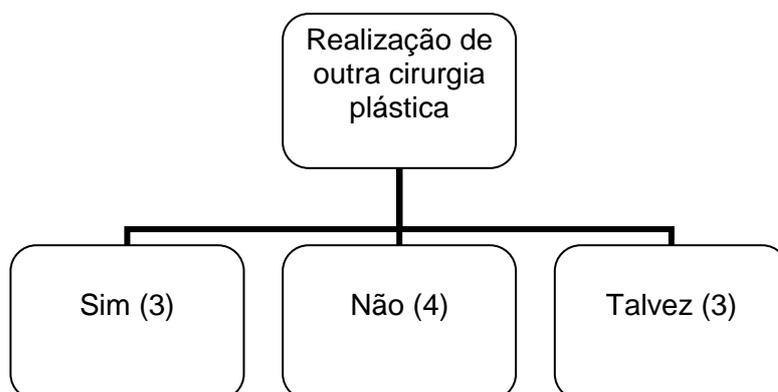


Figura 7 – Realização de outra cirurgia plástica  
Fonte: a autora (2013).

O período pós-operatório, principalmente até os cinco primeiros dias após a cirurgia plástica, proporciona ao paciente um desconforto e em alguns casos pode causar uma pequena depressão (SBCP, 2012). As voluntárias que afirmaram não possuir a intenção de realizar outra cirurgia plástica justificam suas escolhas através dessas declarações.

Não, por causa dos pós-cirúrgico que não é fácil! As pessoas não têm dimensão do que é um pós-cirúrgico de uma cirurgia plástica. Isso não é passado para o paciente e cada pessoa reage de um jeito! É muito complicado, muito complicado! (Participante 4, mamoplastia, abdominoplastia e lipoaspiração de flancos)

Não, não tenho mais vontade de fazer. Eu tinha muita vontade de fazer uma mini-abdominoplastia para corrigir a minha cesariana e ajudar também na barriga, mas eu não quero fazer mais nenhuma plástica. Eu sou muito sensível à dor, então eu sofro muito com a dor. (Participante 5, lipoaspiração de abdômen e prótese de silicone nas mamas)

Bem, nos primeiros dias do pós-operatório eu até fiquei arrependida, pois fiquei muito limitada e achava que ia demorar muito a me recuperar. Eu falava que não faria não, mas se fosse para fazer outra dessa, eu faria! Mas eu tenho medo de mexer em outra parte do meu corpo, tenho muito medo de sentir dor e acho que se dedicar na atividade física e na dieta, consigo me sentir bem! (Participante 10, prótese de silicone nas mamas)

Dentre as participantes que não possuem a intenção de realizar outra cirurgia plástica, uma delas afirma ter interesse em outros procedimentos ligados à estética. Tal atitude é justificada por Goldenberg (2007), quando explica que a pressão em encaixar-se em padrões corporais dentro de uma sociedade leva à adoção de alguns comportamentos, como iniciar um programa de atividade física e dietas, e ainda procurar por outros artifícios que possam beneficiar a aparência, como os tratamentos estéticos.

Não, cirurgia plástica, não! Eu não tenho vontade de fazer lipo. O que eu teria vontade mesmo assim, era coisa estética mais no rosto de tirar manchas, essas coisas! Mas cirurgia em si, não! (Participante 6, prótese de silicone nas mamas)

A maior parte das voluntárias que deseja ou afirma que possivelmente poderia passar por outro procedimento cirúrgico, faz parte do grupo que já realizou mais de uma cirurgia plástica. Esse dado torna-se preocupante visto que, apesar de terem passado por mais de uma cirurgia, estas pessoas ainda se encontram insatisfeitas com alguma região do corpo. Seguem as respostas daquelas que fariam outro procedimento cirúrgico:

Olha, eu pretendo fazer outra mamoplastia porque eu senti que a minha segunda não ficou muito boa! Mas eu preciso de coragem agora. É diferente do impulso das outras vezes que eu fiz! Enfrentar uma anestesia, um centro cirúrgico, um pós-operatório e ter que depois fazer a adaptação à vida normal de novo. (Participante 3, mamoplastia, lipoaspiração e abdominoplastia)

A pressão em se manter constantemente jovem e bela exercida sobre a mulher hoje na sociedade faz com que algumas tomem a decisão de realizar cirurgias plásticas (GOLDENBERG, 2005). A participante 8 antecipa em sua fala os efeitos do envelhecimento sobre seu corpo e utiliza o fato como um dos motivos para um procedimento cirúrgico futuro.

Ah, eu pretendo mais pra frente assim, no futuro fazer alguma outra cirurgia. Pretendo de repente fazer cirurgia de mama, alguma coisa assim. Acho que no futuro eu ficaria mais satisfeita colocando um silicone. Mas, além disso, coisas de idade normal pra pessoa de uns 50 anos. Bem mais velha, fazer alguma cirurgia no rosto para rejuvenescimento mesmo! (Participante 8, lipoescultura de cintura e abdômen)

Para algumas voluntárias, a cirurgia plástica seria um segunda opção para alcançar o corpo desejável ou amenizar efeitos da gestação. Além disso, seria também uma possibilidade para retardar as consequências do envelhecimento no futuro. Quanto às voluntárias que talvez possam fazer outra cirurgia plástica, foram obtidas as seguintes falas:

Não tenho plano para novas cirurgias, somente no caso de não conseguir perder peso e continuar com problema da barriga, talvez possa considerar a possibilidade de uma lipo. Não sei se será a solução ou terá que ser algo mais radical. Partir para um abdominoplastia não será uma opção, pois acho um agressão muito forte e não seria também o caso, não está tão exagerada assim, terei que me cuidar mais para evitar esta intervenção cirúrgica. (Participante 2, lipoaspiração de abdômen, culote e mamoplastia)

Eu acho que só depois se eu tiver filho, se eu ficar com a barriga ou alguma coisa assim que não voltar. Porque eu não me senti assim, não achei uma coisa fácil de fazer não. Achei os dois dias de pós muito pesados para o meu corpo, me senti muito mal. Aí eu pretendo não fazer mais, não! Eu até gostaria de fazer o queixo, mas não tenho coragem, não! Não me incomoda mais, depois que eu fiz o nariz eu fiquei muito satisfeita! (Participante 7, rinoplastia e prótese de mama)

Já a participante 9 afirma que, caso venha a "precisar" de outro procedimento no futuro, o realizaria sem preocupações.

A princípio eu não pretendo, não, mas, assim, não tenho nenhum preconceito se por um acaso, num momento eu pensar em fazer. Não é uma coisa que está nos meus planos, não é um desejo meu agora. Se eu precisar, faria outra sem problemas! (Participante 9, lipoaspiração de abdômen e prótese de silicone nas mamas)

von Soest *et al.* (2009) explicam que, em alguns casos, a cirurgia plástica pode contribuir para acentuar a preocupação com o corpo, aumentando significativamente a insatisfação com o mesmo. A preocupação e o investimento em relação à aparência estabelecem um diálogo, variando desde cuidados relacionados à saúde do corpo até os excessos, podendo colocar a saúde em risco. Em alguns casos, o sujeito experiencia perdas sociais e afetivas que podem evoluir para o quadro de dismorfobia corporal, como o caso do TDC (CANO *et al.*, 2004; SAWER *et al.*, 2002).

Portanto, diante do atual número de cirurgias plásticas que vêm fazendo parte do contexto nacional e o interesse dessas mulheres em realizar cada vez mais procedimentos, existe a necessidade de uma consulta psiquiátrica prévia, conforme defende Mulkens *et al.* (2012), a fim de verificar se as motivações e queixas em relação ao corpo são pertinentes à realização de uma cirurgia plástica.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente a preocupação em seguir um padrão corporal vem se tornando justificativa para a tomada de atitudes em relação ao corpo. Dentre essas, verifica-se que a cirurgia plástica se transformou na maneira de alteração das formas do corpo com resultados mais imediatos.

O Brasil encontra-se no segundo lugar no *ranking* mundial de realização de cirurgias plásticas. Ao mesmo tempo, com o avançar dos anos esse número vem se tornando cada vez mais expressivo, atingindo tanto homens quanto mulheres de diferentes faixas etárias.

Apesar do número de cirurgias plásticas ser representativo, pouco tem sido investigado sobre o tema. Tal fato torna-se preocupante, visto que algumas patologias podem acompanhar os candidatos a esses procedimentos cirúrgicos, como o TDC e os transtornos alimentares.

Na literatura científica encontram-se estudos relacionados aos indivíduos que realizaram ou possuem o interesse pela cirurgia plástica apontando seu perfil, presença de psicopatologias e motivações para a tomada de decisão. Além disso, pesquisas ligadas à validação de instrumentos e revisões de literatura também têm sido abordadas. Entretanto, são escassas pesquisas envolvendo a população brasileira.

Diante do exposto, essa dissertação veio colaborar com essa área carente de estudos, acrescentando importantes informações quanto à satisfação corporal, presença de traços de TDC, influência da mídia na internalização de padrões corporais e motivação para a realização do procedimento em mulheres submetidas à cirurgia plástica.

Apesar de apresentarem-se livres de insatisfação com seus corpos em geral, as voluntárias encontraram-se insatisfeitas com alguma parte corporal. Notou-se ainda que a região que já foi operada uma vez ainda era motivo de queixa. Quando não envolvida a região operada, verificou-se a vontade de poder alterar outras regiões do corpo com o objetivo de atingir a forma corporal ideal. Esses dados também são apontados no meio científico em indivíduos que apresentam psicopatologias e se candidatam à realização desse procedimento. Além disso, comportamentos similares são comuns em indivíduos que sofrem de TDC.

Quanto à mídia, essa não se mostrou influenciadora na internalização de padrões corporais, mesmo para mulheres que haviam realizado mais de uma cirurgia plástica. Além disso, não foi apontado pelas voluntárias que estas foram influenciadas por meios de comunicação para a tomada de decisão pelo procedimento conforme pode ser encontrado na literatura científica. Entretanto, sabe-se que a mídia é um importante veículo mediador de padrões corporais. Em relação ao TDC, verificou-se que as mesmas apresentaram dois critérios que caracterizam traços de TDC: o primeiro, "Preocupação com um imaginado problema na aparência", considerado o mais importante para identificar a presença do TDC de acordo com o DSM-IV; e o segundo, "A preocupação causa angústia clinicamente significativa ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento", que se trata de uma característica capaz de causar prejuízos à qualidade de vida dessas pessoas.

Quanto à aparência física, as voluntárias encontram-se parcialmente satisfeitas. O procedimento cirúrgico foi capaz de aliviar parte do desconforto dessas mulheres com seus corpos. Entretanto, o fato de não estarem realizando atividade física e seguindo dietas fez com que as mesmas não se sentissem totalmente satisfeitas com sua aparência.

As motivações para fazer a cirurgia plástica estiveram relacionadas, na maioria das vezes, ao incômodo com a região corporal, podendo ser acompanhada pelo incômodo com alguma parte do corpo e a preocupação com a opinião do parceiro afetivo. Apesar da adoção de hábitos que pudessem trazer mudanças corporais, como a prática de atividade física, verificou-se que a opção pela Cirurgia plástica seria a única forma, na visão dessas mulheres, de solucionar o problema quanto à região operada. Além disso, tal característica foi apontada como um defeito físico, causando desconforto em situações sociais com amigos e parceiro sexual.

A possibilidade de realizar outros procedimentos cirúrgicos foi afirmada pela maioria das voluntárias, inclusive aquelas que já haviam passado por mais de uma cirurgia plástica. O fato de futuramente realizarem outra cirurgia vem associado aos efeitos do envelhecimento ou à probabilidade do corpo sofrer alterações após o período gestacional. O pós-operatório foi apontado como a justificativa para a não-realização de outra plástica, em virtude de ser um período muito doloroso para as pacientes. Entretanto, algumas medidas não-cirúrgicas de caráter estético foram mencionadas como necessidades futuras para essas mulheres.

Dessa maneira, conclui-se que, apesar de terem realizado cirurgias plásticas, as voluntárias não se encontram totalmente satisfeitas com seus corpos, haja vista a existência de características ou partes corporais que causam incômodos para as mesmas, justificando o interesse por outros procedimentos que possam solucionar seus problemas quanto à aparência. Além disso, destaca-se que essas características são capazes de trazer prejuízos quanto à qualidade de vida e situações sociais para essas mulheres, tornando-se um dado preocupante visto a facilidade com que se tem realizado esses procedimentos cirúrgicos no Brasil.

Diante dessas conclusões, considera-se relevante o desenvolvimento de pesquisas de caráter qualitativo a fim de investigar com maior profundidade o grupo em questão, visto que há carência de instrumentos e estudos existentes na área de imagem corporal que possam preencher as lacunas encontradas no meio científico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ALGARS, M. *et al.* The adult body: How age, gender, and body mass index are related to body image. **Journal of Aging and Health**, Turku, v. 21, n. 8, p. 1112-1132. Dec. 2009.

ALVES, D. *et al.* Cultura e imagem corporal. **Revista Motricidade**, Santa Maria da Feira, v. 5, n. 1, p. 1-20. Jan. 2009.

AMARAL, A. C. S. *et al.* Equivalência semântica e avaliação da consistência interna da versão em português do Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1487-97. Ago. 2011.

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

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)**. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1994. p.1-943.

American Psychiatric Association. Text revision. In: **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)**. 4th ed. text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000. p. 1-943.

American Society of Plastic Surgeons (ASPS). Website. Disponível em: [www.plasticsurgery.com](http://www.plasticsurgery.com). Acesso em 9 fev. 2012.

AOUIZERATE, B., PUJOL, H., GRABOR, D., *et al.* Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. **European psychiatry**, Bordeaux, v. 18, n. 7, p.365-368. Nov. 2003.

BANFIELD, S.; McCABE, M. An evaluation of the construct of body image. **Adolescence**, San Diego, v. 37, p. 373-393. Sept, 2002.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciência, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2. p. 547-54. Dez. 2005.

BENNINGOVHOVEN D. *et al.* Body Image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family function. **Comprehensive psychiatry**, v. 48, p. 118-123. Mar/Apr. 2007.

BORDA, T. *et al.* Status of body dysmorphic disorder in Argentina. **Journal of Anxiety Disorders**, Buenos Aires, v. 25, n. 4, p. 507-512. May 2011.

BRITO, M. J. A. *et al.*. Abdominoplasty and effects on body image, self-esteem, and mental health. **Annals of Plastic Surgery**, v. 65, n.1. July 2010.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.

BOWE, W. P. *et al.* Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. **Journal of the American Academy of Dermatology**, Philadelphia, v. 57, n. 2, p. 222–230. May 2007.

BUHLMANN, U. *et al.* Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population based survey. **Psychiatry Research**, v. 178, n. 1, p. 171-175. Jun. 2010.

CAFRI, G. *et al.* The influence of sociocultural factors on body image: a meta-analysis. **Clinical Psychology: science and practice**, v. 12, n. 4, p. 421-433. May 2005.

CALLAGHAN, G. M. *et al.* Predicting consideration of cosmetic surgery in a college population: A continuum of body image disturbance and the importance of coping strategies. **Body Image**, v. 8, n. 3, p. 267-274. Jun. 2011

CAMPANA, A. N. N. B. **Tradução, adaptação transcultural e validação do “Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)” e do “Body Checking Questionnaire (BCQ)” para a língua portuguesa no Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: [s.n], 2007.

\_\_\_\_\_. TAVARES, M. C. G. C. **Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para a pesquisa**. São Paulo: Phorte, 2009.

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. Jan/Mar. 2012.

CANO, S. J.; BROWNE, J. P.; LAMPING, D. L. Patient-based measures of outcome in plastic surgery: current approaches and future directions. **The British Association of Plastic Surgeons**. n. 57, v. 1. p. 1-11. Sept. 2004.

CARROLL, D. H.; SCAHILL, L.; PHILLIPS, K. A. Current concepts in body dysmorphic disorder. **Archives of Psychiatric Nursing**, n. 2, v. 16. April 2002.

CASH, T. F. The psychology of physical appearance: aesthetics, attributes, and images. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (Orgs.). **Body image: development, deviance and change**. New York: The Guilford Press, 1990. p. 51-79.

\_\_\_\_\_. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In: CASH, T. F., PRUZINSKY, T., (Orgs.). **Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice**. Nova York: Guilford Press; 2002. p. 38-46.

\_\_\_\_\_; SMOLAK, L. **Body image**: a handbook of science, practice and prevention. New York: Guilford Press, 2011.

\_\_\_\_\_; PRUZINSKY, T. **Body Image**: a handbook of a theory, research and clinical practice. New York: Guilford, 2002.

\_\_\_\_\_. The influence of sociocultural factors on body image: searching for constructs. **Clinical Psychology: science and practice**, v. 12, n. 4, p. 438–442. May 2005.

CHAN, L. K. Body image and the breast: the psychological wound. **Journal of Wound Care**, v. 19, n. 4, p. 136-138. Apr. 2010.

CHEN, H. C. *et al.* Psychological profile of Taiwanese female cosmetic surgery candidates: understanding their motivation for cosmetic surgery. **Aesthetic Plastic Surgery**, v. 34, n. 3, p. 340-349. Feb. 2010.

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. Jul/Aug. 2011

COBELO, A. W. **Insatisfação com a imagem corporal e sintomas de transtorno alimentar, em mães adolescentes com transtorno alimentar**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: [s.n], 2008.

COELHO, F. D.; CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. Cirurgia plástica, imagem corporal e TDC: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**. No prelo.

COLLINS E. D. *et al.* The effectiveness of surgical and nonsurgical interventions in relieving the symptoms of macromastia. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 109, n. 5, p. 1556-1566. 2002.

CONGHLIN, J. W. *et al.* Cosmetic surgery in patients with eating disorders: attitudes and experience. **Body image**, v. 9, p. 180-183. Nov. 2012.

CONRADO, L. A. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro. v. 84, n. 6, p. 569-581. Nov/Dez. 2009.

CORDEIRO, C. N. *et al.* A quantitative comparison of psychological and emotional health measures in 360 plastic surgery candidates: is there a difference between aesthetic and reconstructive patients?. **Annals of Plastic Surgery**, London, v. 65, n. 3, p. 349-353. Sept. 2010.

CRERAND, C. E.; CASH, T. F.; WHITAKER, L. A. Cosmetic surgery of the face. Psychological aspects of reconstructive and cosmetic plastic surgery: empirical, clinical, and ethical issues. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 233-249,

2006.

CRERAND, C. E.; INFIELD, A. L.; SARWER, D. B. Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. **Plastic Surgical Nursing**, v. 29, n. 1, p. 49-57. Jan/Mar. 2009

CRERAND, C. E. *et al.* Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. **Psychosomatics**, v. 46, p. 549-555. Nov/Dec. 2005.

CROCKETT, R. J.; PRUZINSKY, T.; PERSING, J. A. The influence of plastic surgery “reality TV” on cosmetic surgery patient expectations and decision making. **Plastic Reconstructive Surgery**, v. 120, n. 1, p. 316-324. Jul. 2007.

CURI, M. Cirurgia Plástica estética e reparadora: em busca de beleza e bem-estar, gênese e evolução da ciência – arte. In: Curi, M. **Sua imagem, sua escolha**. São Paulo: Ed. É Realizações, 2005.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. Estatística sem matemática para psicologia – usando SPSS para estatística. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DELINSKY, S. S. Cosmetic surgery: a common and accepted form of self-improvement?. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 35, n. 10, p. 2012-2028. Oct. 2005.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

DIDIE, E. R.; SAWER, D. B. factors that influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery. **Journal of Women’s Health**. v. 12, n. 3, p. 241-253. April 2003.

DI PIETRO, M. C. Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ—Body Shape Questionnaire em uma população de estudantes universitários. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP. 2001.

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**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 21-4, Jan. 2009.

DORNELES, A. D. On norms and bodies: findings from field research on cosmetic surgery in Rio de Janeiro, Brazil. **Reproductive Health Matters**, n. 18, v. 35, p. 74-83. May 2010.

EDMONDS, A. No universo da beleza: notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In: Goldenberg, M. (Org.). **Nu & vestido**. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 189-262.

ENDE, K. H.; LEWIS, D. L.; KABAKER, S. S. Body dysmorphic disorder. **Facial Plastic Surgery Clinics of North America**, v. 16, n. 2, p. 217-223. May 2008.

FERREIRA, M. C. **Beleza e bisturi**: o que as cirurgias estéticas podem (e o que não podem) fazer por você. São Paulo: MG Editores Associados, 1997.

FESTINGER, L. A. Theory of social comparison processes. **Human Relations**, v. 7, p. 117-140. May 1954.

FINGER, C. Brazilian beauty. **Lancet**, v. 362, n. 8. p. 1560. Nov. 2003.

FISHER, S. The evolution of psychological concepts about the body. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (Orgs.). **Body Images**: development, deviance and change. New York: The Guilford, 1990. p. 4-18.

FREDERICK, B.; ROBERTS, T. Objectification theory: toward understanding women's lived experiences and mental health risks. **Psychology of women quarterly**, v. 21, n. 2, p. 173-206. Jun. 1997.

GARDNER, R. M. Body Image Assessment of Children. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body Image**: a handbook of theory, research & clinical practice. New York: Guilford Press, 2004. p. 65-73.

\_\_\_\_\_. FRIEDMAM, B. N.; JACKSON, N. A. Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. **Percept Mot Skills**, v. 86, n. 2, p. 387- 395. Apr. 1998.

GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. Body Image in anorexia nervosa: measurement theory and clinical implications. **International Journal of Psychiatry and Medicine**, Toronto, v. 11, n. 3, p. 263-84. 1981.

GHADAKZADEH, S. *et al.* Body Image Concern Inventory (BICI) for identifying patients with BDD seeking rhinoplasty: using a Persian (Farsi) version. **Aesthetic Plastic Surgery**, n. 35, v. 6, p. 989-994. Dec. 2011.

GILMAN, S. L. Making the body beautiful: a cultural history of aesthetic surgery. Princeton. New Jersey: Princeton University Press, 1999.

GOLDENBERG, M. Gênero e corpo na cultura brasileira. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 2, p. 65-80. 2005.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Nu & vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. 2º ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

\_\_\_\_\_. RAMOS S. R. A civilização das formas: o corpo como valor. In: Goldenberg, M. (Org.). **Nu & vestido**. Rio de Janeiro: Record, 2007. p. 19-40.

GONÇALVES, I. L. **Cortes e costuras: um estudo antropológico da cirurgia plástica no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Museu Nacional, UFRJ. 2001.

GORNEY, M. Mirror, mirror on the wall: the interface between illusion and reality in aesthetic surgery. **Facial Plastic Surgery Clinics of North America**, v. 16, n. 2, p. 203-205. May 2008.

GUEDES, M. L. S.; GUEDES I. S. **Bioestatística para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Livro Técnico, 1998.

GUERRA, I. **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso**. Estoril: Principia, 2006.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? (Série Ed.) **Textos de Psicologia Ambiental**, v. 7. Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental. 2006. Disponível em: <http://www.psi-ambiental.net/pdf/07QualQuant.pdf>. Acesso em 10 jan. 2012.

GUZZO, M. Riscos da beleza e desejos de um corpo arquitetado. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 139-52, 2005.

HAIR J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

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. Oct./Dec. 2008.

HEINBERG, I. J.; THOMPSON, J. K. Body image and television images of thinness and attractiveness: a controlled laboratory investigation. **Journal of social and clinical psychology**, v.14, n. 4, p.325-338. 1995.

\_\_\_\_\_. BROOKS, K. D. Materialism, sociocultural appearance messages, and parental attitudes predict college women's attitudes about cosmetic surgery. **Psychology Women Q**, v. 33, n. 1, p. 133-142. Mar. 2009.

HENDERSON-KING, D., HENDERSON-KING, E. Acceptance of cosmetic surgery: scale development and validation. **Body Image**. v. 2, n.2. p. 137-149. Jun.2005.

HENDERSON-KING, D.; HENDERSON-KING, E.; HOFFMAN, I. Media images and women's self evaluations: social context and importance of attractiveness as moderations. **Personality and social psychology bulletin**, v. 27, p. 1407-1416. 2001.

HOLLANDER, E. *et al.* Body dysmorphic disorder: diagnostic issues and related disorders. **Psychosomatics**, v. 33, n. 2, p.156–165. 1992.

HOLLANDER, E. *et al.* Clomipramine vs Desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder. **Archives of General Psychiatry**.v.56, n.11. p.1033–1042. Nov.1999.

ISAPS – International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Website. Disponível em: <http://www.isaps.org>. Acesso em: 19 fev. 2011.

ISHIGOOKA, J. *et al.* Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 52, n. 3, p. 283-287. May 1998.

JACKSON, L. A. Physical attractiveness – a social perspective. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (Org.). **Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice**. New York: Guilford, 2002. p. 13-21.

JANELLE, W. *et al.* Cosmetic surgery in patients with eating disorders: attitudes and experience. **Body Image**. v. 9, n.1, p. 180-183. Jan. 2012.

JAVO, I. M.; SØRLIE, T. Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery among young Norwegian women: a population-based study. **Plastic Reconstructive Surgery**, v. 126, n. 2, p. 687-688. Aug. 2010.

JONES, D. C. Body Image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. **Developmental Psychology**, v. 40, n. 5, p. 823-835. Sept. 2004.

JORGE, R. T. B. *et al.* Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. **São Paulo Medical Journal**, v. 126, n. 2, p. 87-95. 2008.

KEVIN, H. *et al.* Body Dysmorphic Disorder. **Facial Plastic Surgery Clinics of North America**. v. 16, p. 217-223. 2008.

LAMBROU, C.; VEALE, D.; WILSON, G. Appearance concerns comparisons among persons with body dysmorphic disorder and nonclinical controls with and without aesthetic training. **Body Image**, v. 9, n. 1, p. 86-92. Jan. 2012.

LePAGE, M. L.; CROWTHER, J. H. The effects of exercise on body satisfaction and affect. **Body Image**. v. 7, n. 2, p. 124-130. Mar. 2010.

LIJTMAER, R. The beauty and the beast inside: the american beauty--does cosmetic surgery help?. **The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry**, n. 38, v. 2, p. 203-217. Summer, 2010.

LOEB, R. **História da cirurgia plástica brasileira: 150 anos de evolução**. Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina, São Paulo: Ed. Medsi, 1993.

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.

MARKEY, C. N.; MARKEY, P. M. A correlational and experimental examination of reality television viewing and interest in cosmetic surgery. **Body image**, v. 7, n. 2, p.165-171. Mar. 2010.

MASK, L.; BLANCHARD, C. M. The effects of “thin ideal” media on women’s body image concerns and eating-related intentions: the beneficial role of an autonomous regulation of eating behaviors. **Body Image**, v. 8, n. 4, p. 357-365. 2011.

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

McCABE M. *et al.* Accuracy of body size estimation: role of biopsychosocial variables. **Body Image**, v. 3, n. 2, p. 163-171. Jun. 2006.

\_\_\_\_\_. RICCIARDELLI, L. A. A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. **Adolescence**, San Diego, v. 39, n. 153, p. 145-166. Spring, 2004.

MÉLEGA, M. P. **Cirurgia plástica: fundamentos e arte, princípios gerais**. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MOSS, T. P.; HARRIS, D. L. Psychological change after aesthetic plastic surgery: a prospective controlled outcome study. **Psychology, Health & Medicine**, v. 14, n. 5, p.567-572. Oct. 2009.

MULKENS, S. *et al.* Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients. **Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery**, v. 65, n. 3, p. 321-327. Mar. 2011.

MUTH, J. L.; CASH, T. F. What difference does gender make?. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 27, n. 16, p. 1438-1452. Aug. 1997.

NABI, R. L. Cosmetic surgery makeover programs and intentions to undergo cosmetic enhancements: a consideration of three models of media effects. **Humam Communication Research**, v. 35, n. 1, p. 1-27. Jan. 2009.

NETO, P. P.; CAPONI, S. N. C. A medicalização da beleza. **Interface – Comunicação, saúde e educação**, v. 11, n. 23, p. 569-584. Set./Dez. 2007.

PARK, L. E. *et al.* Predicting interest in cosmetic surgery: interactive effects of appearance-based rejection sensitivity and negative appearance comments. **Body Image**, v. 6, n. 3, p. 186-193. Jun. 2009.

PAVAN, C. *et al.* Psychopathologic aspects of Body Dysmorphic Disorder: a literature review. **Aesthetic Plastic Surgery**, v. 32, n. 3, p. 473-484. May 2008.

PESA, J. A.; SYRE, T. R.; JONES, E. Psychological differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. **Journal of Adolescent Health**, v. 26, n. 5, p. 330-337. May 2000.

PHILLIPS, K. A. *et al.* A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. **Psychopharmacol Bull**, v. 30, n. 2, p.179–186. 1994.

PHILLIPS, K. A. *et al.* Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 42, n. 3, p. 436-441. Mar. 2000.

PHILLIPS, K. A. *et al.* Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. **Psychosomatics**, v. 42, n. 6, p. 504-510. Nov./Dec. 2001.

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, 2011. p. 305-313.

PICAVET, V. *et al.* Screening tools for body dysmorphic disorder in a cosmetic surgery setting. **Laryngoscope**, v. 121, n. 12, p. 2535-2541. Dec. 2011.

PIMENTA, A. M. *et al.* Relationship between body image disturbance and incidence of depression: The SUN prospective cohort. **BMC Public Health**, v. 2, n. 9, Jan. 2009.

PITANGUY, I. Até que ponto a pele estica?. **Conferência**. Centro Cultural CPFL, Campinas, 2006.

POLLICE, R. *et al.* Body image disorders and other psychiatric symptoms in aesthetic plastic surgery. **Annali Italiani di Chirurgia**, v. 80, n. 1, p. 49-54. Jan./Feb. 2009.

POLONIJO, A. N.; CARPIANO, R. M. Representations of cosmetic surgery and emotional health in women's magazines in Canada. **Women Health Issues**, v. 18, n. 6, p. 463-470. Nov./Dec. 2008.

POPE JR, H. G.; PHILLIPS, K. A.; OLIVARDIA, R. **The Adonis complex: the secret crisis of male body obsession**. Nova York: Free Press; 2000.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 2005.

REAVEY, P. L. *et al.* Measuring quality of life and patient satisfaction after body contouring: a systematic review of patient-reported outcome measures. **Aesthetic Surgery Journal**, v. 31, n. 7, p. 807-813. Sept. 2011.

RIBEIRO, R. G.; DA SILVA, K. S.; KRUSE, M. H. The ideal body: media pedagogy. **Revista Gaúcha Enfermagem**, n. 30, v. 1, p. 71-76. Mar. 2009.

ROBIN, L. N. Cosmetic surgery makeover programs and intentions to undergo cosmetic enhancements: a consideration of three models of media effects. **Human Communication Research**, v. 35, n. 1, p. 1-27. Jan. 2009.

RUBESA G. *et al.* The influence of aesthetic surgery on the profile of emotion. **Collegium Antropologicum**, suppl. 2, p. 51-55. Sep. 2011.

SALGANICK, M. J.; HECKATHORN, D. D. Sampling and estimation in hidden population using respondent-driven sampling. **Sociological Methodology**, v. 34, n. 1, p. 193-240. Dec. 2004.

SANT'ANNA, D. B. "Cuidado de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil". In: \_\_\_\_\_. (Org.). Políticas do Corpo. São Paulo: Estação Liberdade. 1995.

SANTE, A. B. Auto imagem e características da personalidade na busca da cirurgia plástica estética. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia e Educação, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. PASIAN, S. R. Imagem corporal e características da personalidade de mulheres solicitantes de cirurgia plástica estética. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 421-429. 2011.

SARWER, D. B. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. **Aesthetic Surgery Journal**, v. 22, p. 531–535. Jan. 2002.

SARWER, D. B. *et al.* The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization. **Clinical Psychology Review**, v. 18, n. 1, p. 1-22. Jan. 1998.

SARWER, D. B.; CRERAND, C. Psychological issues in patient outcomes. **Facial Plastic Surgery Clinical North American**, v. 18, n. 2, p. 125-134. 2002.

SARWER, D. B.; CRERAND, C. E. Body Image and cosmetic medical treatments. **Body Image**, v. 1, n. 1, p. 99-111. Jan. 2004.

SARWER, D. B.; CRERAND, C. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. **Body Image**, v. 5, n. 1, p. 50-58. Mar. 2008.

\_\_\_\_\_ *et al.* Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image. **Plastic Reconstructive Surgery**, v. 115, n. 3, p. 931-938. 2003.

\_\_\_\_\_. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. **Body Image**, v. 5, n. 1, p. 50-58. Mar. 2008.

\_\_\_\_\_.; CRERAND, C. E.; MAGEE, L. Body dysmorphic disorder in patients who seek appearance-enhancing medical treatments. **Oral & Maxillofacial Surgery Clinics North American**, v. 22, n. 4, p. 445-453. Nov. 2010.

\_\_\_\_\_.; CRERAND, C. E.; MAGEE, L. Cosmetic surgery and changes in body image. In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Org.). **Body image: a handbook of science, practice, and prevention**. 2<sup>a</sup> ed. New York: The Guilford Press, 2011. p. 394-403.

\_\_\_\_\_.; WADDEN, T. A.; WHITAKER, L. A. An investigation of changes in body image following cosmetic surgery. **Plastic Reconstructive Surgery**, v. 109, n. 1, p. 363-369. 2002.

SCAGLIUSI, F. B. *et al.* Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into portuguese. **Appetite**, v. 47, n. 1, p. 77-82. Jul. 2006.

SCHILDER, P. F. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

\_\_\_\_\_. **A imagem do corpo**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SHRIDHARANI, S. M. *et al.* Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. **Plastic Reconstructive Surgery**, v. 126, n. 6, p. 2243-2251. Dec. 2010.

SILVA, A. M. A expectativa de corpo e suas raízes paradoxais para a construção de uma nova cultura. In: \_\_\_\_\_. **Corpo, ciência e mercado**. Campinas, SP: Autores Associados, 2001. p. 93-130

SILVA, D. A. S. *et al.* 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. Sept. 2011.

SLADE, P. D. What is body image? **Behaviors Research and Therapy**, Liverpool, v. 32, n. 5, p. 497-502. Jun. 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. Mar. 2010.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – SBCP. Website. Disponível em: <http://www.cirurgioplastica.org.br> . Acesso em: 09 fev. 2012.

SOLVI, A. S. *et al.* Motivacional factors and psychological processes in cosmetic breast augmentation surgery. **Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 63, n. 4, p. 673-680. April 2009.

SPERRY, S. M. A. *et al.* Cosmetic surgery reality TV viewership: relations with cosmetic surgery attitudes, body image and disordered eating. **Annals of Plastic Surgery**, v. 62, n. 1, p. 7-11. Jan. 2009.

STICE, E.; TRISTAN, J. Sociocultural pressures and Body Image Disturbance: A comment on Cafri, Yamamiya, Brannick, and Thompson. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 12, n. 4, p. 443-46. Dec. 2005.

STUERZ, K. *et al.* Psychosocial impact of abdominoplasty. **Obesity Surgery**, v. 18, n. 1, p. 34-38. Jan. 2008.

SWAMI, V. Body appreciation, media influence, and weight status predict consideration of cosmetic surgery among female undergraduates. **Body Image**, v. 6, n. 4, p. 315-317. Sept. 2009.

\_\_\_\_\_. Translation and validation of the Malay Acceptance of Cosmetic Surgery Scale. **Body Image**, v. 7, n. 4, p. 372-375. Sept. 2010.

SWAMI, V. *et al.* Acceptance of cosmetic surgery: personality and individual difference predictors. **Body Image**, v. 6, n. 1, p. 7-13. Jan. 2009

\_\_\_\_\_. *et al.* The acceptance of Cosmetic Surgery Scale: initial examination of its factor structure and correlates among Brazilian adults. **Body Image**, v. 8, n. 2, p. 179-185. Mar. 2011.

TAVARES, M. C. G. C. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento**. Barueri, SP: Manole, 2003.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. São Paulo: Artmed, 2012.

THOMPSON, J. K. *et al.* **Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance**. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.

\_\_\_\_\_. VAN DEN BERG. Measuring Body Image Attitudes among adolescents and adults. In: CASH, T. PRUZISKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice**. New York: Guilford Press, 2002.

THOMPSON, J.K. *et al.* The sociocultural attitudes toward appearance scale-3 (SATAQ-3): development and validation. **International Journal of Eating Disorders**, v. 35, n. 3, p. 293-304. April, 2004.

TIGNOL, J.; MARTIN-GUEHL, C.; AOUIZERZATE, B. Body dysmorphic disorder (BDD). **Presse Med Journal**, v. 41, n. 1, p. 22-35. Jan. 2012.

TURTELLI, L. S.; TAVARES, M. C. G. C. F.; DUARTE, E. Caminhos da pesquisa em imagem corporal e sua relação com o movimento. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 151-166. Set. 2002.

ULRIKE, B. *et al.* Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. **Psychiatry Research**, v. 178, n. 1, p. 171-175. Jun. 2010.

VAN den BERG, P. *et al.* The tripartite influence model of body image and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation testing the meditational role of appearance comparison. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 53, n. 5, p. 1007-1029. Mar. 2002.

VAZ, P. Consumo e risco: mídia e experiência do corpo na atualidade. **Comunicação, mídia e consumo**, v. 3, n. 6, p. 37-61. 2006.

VEALE, D. *et al.* Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. **British Journal of Psychiatry**, v. 169, p. 196–201. 1996.

VEALE, D.; DE HARO, L.; LAMBROU, C. Cosmetic rhinoplasty in Body Dysmorphic Disorder. **British Journal of Plastic Surgery**, v. 56, p. 546-551. May 2003.

VIEIRA, K. M. F. O corpo da mulher em correção: subjetividade e cirurgia estética. Dissertação (Mestrado em Psicologia) –Faculdade de Psicologia, Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, 2006.

VON SOEST, T. *et al.* Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 117, n. 1, p. 51–62. Jan. 2006.

VON SOEST, T. *et al.* The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. **Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery**, v. 62, n. 10, p. 1238-1244. Oct. 2009.

VULINK, N. C. *et al.* Body dysmorphic disorder in patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics. **Ned Tijdschr Geneeskd**, v. 150, p. 97-100. 2006.

WHEELER, C.K. *et al.* Social media in plastic surgery practices: emerging trends in North America. **Aesthetic Surgery Journal**, n. 31, v.4, p. 435-441. May 2011.

WONG, W. W.; GUPTA, S. C. Plastic surgery marketing in a generation of "tweeting". **Aesthetic Surgery Journal**, v. 31, n. 8, p. 972-976. Nov. 2011.

YANG, G.H. *et al.* Investigation of satisfactory rate in patients with body dysmorphic disorder after cosmetic surgery. **Chinese journal of plastic surgery**, v. 24, n. 2, p. 151-152. Mar. 2008.

ZUCKERMAN, D.; ABRAHAM, A. J. Teenagers and cosmetic surgery: focus on breast augmentation and liposuction. **Adolescence Health**, v. 43, n. 4, p. 318-324. Oct. 2008.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “SATISFAÇÃO CORPORAL E ATIVIDADE FÍSICA ANTES E APÓS A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA”. Neste estudo pretendemos avaliar a preocupação e satisfação dos indivíduos com a forma e partes do corpo nos períodos pré e pós-cirúrgicos, qual o papel da atividade física na vida dos indivíduos antes e após a cirurgia plástica estética e a influência sociocultural na imagem corporal dos indivíduos que fizeram cirurgia plástica estética.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o aumento significativo de cirurgias plásticas estéticas no Brasil como forma de atingir o corpo desejado. Além disso, o crescente número de indivíduos que estão buscando, através da atividade física, uma forma de modificar o seu corpo.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: serão aplicados três questionários e uma entrevista semi-estruturada. Os questionários são constituídos de 34, 30 e 34 questões e a entrevista composta por 4 perguntas.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

---

Assinatura do(a) participante

---

Assinatura do(a) pesquisador(a)

*Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:*

*CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF  
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900  
FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)*

*PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: MARIA ELISA CAPUTO FERREIRA  
ENDEREÇO: LABORATÓRIO DE ESTUDOS DO CORPO – FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS – UFJF  
– RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER, S/N - CAMPUS UNIVERSITÁRIO – BAIRRO SÃO PEDRO  
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: **CEP:** 36036-330  
FONE: (32) (32) 3229 3283/ E-MAIL: [CAPUTO.FERREIRA@UFJF.EDU.BR](mailto:CAPUTO.FERREIRA@UFJF.EDU.BR)*

## ANEXO B – Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

### Parecer nº 254/2011

**Protocolo CEP-UFJF:** 2504.244.2011 **FR:** 454789 **CAAE:** 0239.0.180.000-11

**Projeto de Pesquisa:** "Satisfação corporal e atividade física antes e após a realização de cirurgia plástica estética"

**Area Temática:** Grupo III

**Pesquisador Responsável:** Maria Elisa Caputo Ferreira

**Data prevista para o término da pesquisa:** agosto de 2013

**Pesquisadores Participantes:** Fernanda Dias Coelho

**Instituição Proponente:** Faculdade de Educação Física e Desportos – Universidade Federal de Juiz de Fora

#### Análise do protocolo:

Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA	
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	X				
	Objeto de estudo está bem delineado	X				
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	X				
	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	X				
Material e Métodos	Informa	Tipo de estudo	X			
		Procedimentos que serão utilizados	X			
		Número de participantes	X			
		Justificativa de participação em grupos vulneráveis				X
		Crterios de inclusão e exclusão	X			
		Recrutamento	X			
		Coleta de dados	X			
		Tipo de análise	X			
		Cuidados Éticos	X			
Revisão da literatura	Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	X				
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	X				
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	X				
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	X				
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	X				
	Apresenta o responsável pelo financiamento	X				
Referências	Segue uma normatização	X				
Instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	X				
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	X				
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa				X	
Termo de assentimento	Apresenta o termo em caso de participação de menores				X	
TCLE	Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	X				
	Apresenta justificativa e objetivos	X				
	Descreve suficientemente os procedimentos	X				
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	X				
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	X				
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades	X				



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
 PRO-REITORIA DE PESQUISA  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
 36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

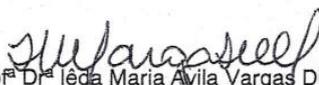
	Garante sigilo e anonimato	X			
	Explícita	Riscos e desconfortos esperados	X		
		Ressarcimento de despesas	X		
		Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa	X		
		Forma de contato com o pesquisador	X		
		Forma de contato com o CEP	X		
		Como será o descarte de material coletado (no caso de material biológico)			X
		O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos	X		
Pesquisador (es)	Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa		X		
	Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.		X		
	Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP		X		
	Folha de Rosto preenchida		X		
	Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPEAQ)		X		
Documentos	Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa		X		

P= parcialmente

NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **aprovação** do protocolo de pesquisa proposto.

**Situação:** Projeto Aprovado  
 Juiz de Fora, 15 de setembro de 2011

  
 Profª Drª Iêda Maria Avila Vargas Dias  
 Coordenadora – CEP/UFJF

<u>RECEBI</u>
DATA: ___/___/2011
ASS: _____

## ANEXO C – Body Dismorphic Disorder Examination

### Instruções Gerais:

**Período de tempo.** As perguntas que você formulará estarão relacionadas às últimas quatro semanas da vida do entrevistado. Para facilitar a lembrar 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 Estatístico e Diagnóstico de Distúrbios 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 significativa 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 = 0

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”, etc.,

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 grave).

3) nenhuma oportunidade para observar o problema.

### 3. Reclamações de transtorno 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) se sentiu ligeiramente chateado somente quando certas pessoas notaram.
- 2) se sentiu ligeiramente chateado quando qualquer um notou.
- 3) se sentiu medianamente chateado quando certas pessoas notaram.
- 4) se sentiu medianamente chateado quando qualquer um que notou.
- 5) se sentiu enormemente chateado quando certas pessoas notaram.
- 6) se sentiu 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) se sentiu ligeiramente chateado somente quando certas pessoas comentaram.
- 2) se sentiu ligeiramente chateado quando qualquer um comentou.
- 3) se sentiu medianamente chateado quando certas pessoas comentaram.
- 4) se sentiu medianamente chateado quando qualquer um comentou.
- 5) se sentiu enormemente chateado quando certas pessoas comentaram.
- 6) se sentiu 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. Auto-avaliação 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 freqüência.
- 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 freqüência.
- 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 freqüência.
- 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 dias vezes/mês.
- 2) 4-7 vezes/mês ou 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 em 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 a 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.

### ANEXO D – Questionário de Atitudes Socioculturais em relação à aparência (SATAQ-3)

Por favor, leia cada um dos itens abaixo cuidadosamente e indique o número que melhor reflete o quanto você concorda com a afirmação.

**Discordo totalmente = 1**  
**Discordo em grande parte = 2**  
**Nem concordo nem discordo = 3**  
**Concordo em grande parte = 4**  
**Concordo totalmente = 5**

Pergunta	1	2	3	4	5
1. Programas de TV são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
2. Já me senti pressionado(a) pela TV ou por revistas a perder peso.					
3. Não me importo se meu corpo se parece com os de pessoas que estão na TV.					
4. Comparo meu corpo com os de pessoas que estão na TV.					
5. Comerciais de TV são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
6. <i>PARA MULHERES:</i> Não me sinto pressionada pela TV ou pelas revistas a ficar bonita. <i>PARA HOMENS:</i> Não me sinto pressionado pela TV ou pelas revistas a ficar musculoso.					
7. Gostaria que meu corpo fosse parecido com os dos(as) modelos das revistas.					
8. Comparo minha aparência com a das estrelas de TV e do cinema.					
9. Videoclipes não são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
10. <i>PARA MULHERES:</i> Já me senti pressionada pela TV ou pelas revistas a ser magra. <i>PARA HOMENS:</i> Já me senti pressionado pela TV ou pelas revistas a ser musculoso.					
11. Gostaria que meu corpo fosse parecido com os dos(as) modelos dos filmes.					
12. Não comparo meu corpo com os das pessoas das revistas.					
13. Artigos de revistas não são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
14. Já me senti pressionado(a) pela TV ou pelas revistas a ter um corpo perfeito.					
15. Gostaria de me parecer com os(as) modelos dos videoclipes.					
16. Comparo minha aparência com a das pessoas das revistas.					
17. Anúncios em revistas são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
18. Já me senti pressionado(a) pela TV ou por revistas a fazer dieta.					
19. Não desejo ser tão atlético(a) quanto as pessoas das revistas.					
20. Comparo meu corpo ao das pessoas em boa forma.					
21. Fotos de revistas são importantes fontes de informação sobre					

moda e sobre “como ser atraente”.					
22. Já me senti pressionado(a) pela TV ou pelas revistas a praticar exercícios.					
23. Gostaria de ter uma aparência tão atlética quanto a das estrelas do esporte.					
24. Comparo meu corpo com o de pessoas atléticas.					
25. Filmes são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
26. Já me senti pressionado(a) pela TV ou pelas revistas a mudar minha aparência.					
27. Não tento me parecer com as pessoas da TV.					
28. Estrelas de cinema não são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
29. Pessoas famosas são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.					
30. Tento me parecer com atletas.					

### ANEXO E – Body Shape Questionnaire

Responda as questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas 4 semanas. Usando a seguinte legenda:

- |             |                  |                        |
|-------------|------------------|------------------------|
| 1.Nunca     | 3.Às vezes       | 5.Muito freqüentemente |
| 2.Raramente | 4.Freqüentemente | 6. Sempre              |

- 1.Sentir-se intediado (a) faz você se preocupar com a sua forma física? 1 2 3 4 5 6
2. Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de sentir que deveria fazer uma dieta? 1 2 3 4 5 6
3. Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
4. Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gordo(a)? 1 2 3 4 5 6
5. Você anda preocupado (a) achando que seu corpo não está firme o suficiente? 1 2 3 4 5 6
6. Ao ingerir uma refeição completa e sentir seu estômago cheio, você se preocupa em ter engordado? 1 2 3 4 5 6
7. Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar? 1 2 3 4 5 6
8. Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar? 1 2 3 4 5 6
9. Estar com pessoas magras do mesmo sexo que você faz você reparar em sua forma física? 1 2 3 4 5 6
- 10.Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta? 1 2 3 4 5 6
11. Você já se sentou gordo(a) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento? 1 2 3 4 5 6
12. Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em desvantagem? 1 2 3 4 5 6
13. Pensar na forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividade (como, por exemplo, assistir televisão , ler ou acompanhar uma conversa)? 1 2 3 4 5 6
14. Ao estar nu (nua), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gordo(a)? 1 2 3 4 5 6
15. Você tem evitado usar roupas para não se sentir desconfortável com sua forma física? 1 2 3 4 5 6
16. Você se pegou pensando em remover partes mais carnudas do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda? 1 2 3 4 5 6

18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por se sentir mal com relação à sua forma física? 1 2 3 4 5 6
19. Você se sente muito grande e arredondado(a)? 1 2 3 4 5 6
20. Você sente vergonha do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
21. A preocupação frente à sua forma física o (a) leva você a fazer dieta? 1 2 3 4 5 6
22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio? 1 2 3 4 5 6
23. Você acredita que sua forma física se deva à sua falta de controle? 1 2 3 4 5 6
24. Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago? 1 2 3 4 5 6
25. Você acha injusto que as outras pessoas do mesmo sexo que o seu seja mais magras do que você? 1 2 3 4 5 6
26. Você já vomitou para se sentir mais magro (a)? 1 2 3 4 5 6
27. Quando acompanhado (a), você fica preocupado (a) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado (a) no sofá ou no banco de um ônibus) ? 1 2 3 4 5 6
28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio (a) de “dobras” ou “banhas”? 1 2 3 4 5 6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6
30. Você belisca áreas do seu corpo para ver o quanto há de gordura? 1 2 3 4 5 6
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banheiros)? 1 2 3 4 5 6
32. Você já tomou laxantes para se sentir mais magro (a)? 1 2 3 4 5 6
33. Você fica mais preocupado (a) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas? 1 2 3 4 5 6
34. A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios? 1 2 3 4 5 6

**ANEXO F – Entrevista**

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_

O presente questionário trata-se de questões abertas. Portanto, pede-se que as respostas sejam dadas de formas detalhadas a fim de que a análise do conteúdo das mesmas possa ser realizada com qualidade.

1- O que você sente em relação à sua aparência física ? Por quê?

2- Você está satisfeita com o seu corpo? Por quê?

3- Quais as cirurgia plásticas que você se submeteu?

4- Qual o motivo que levou à tomada dessa atitude? O que levou você a realizá-la?

5- Você pretende fazer outras cirurgias? Quais? Por quê?