

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas

**RINOSSEPTOPLASTIA E TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL:
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL
PÓS-OPERATÓRIA**

LUÍSI RABAIOLI

Orientadora Prof. Dra. Michelle Lavinsky Wolff

Dissertação de mestrado

Porto Alegre, 2019

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas

**RINOSSEPTOPLASTIA E TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL:
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL
PÓS-OPERATÓRIA**

LUÍSI RABAIOLI

Orientadora Prof. Dra. Michelle Lavinsky Wolff

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2019

CIP - Catalogação na Publicação

Rabaioli, Luísi
Rinosseptoplastia e transtorno dismórfico corporal:
avaliação da satisfação estética e funcional
pós-operatória / Luísi Rabaioli. -- 2019.
101 f.
Orientadora: Michelle Lavinsky-Wolff.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2019.

1. Transtorno Dismórfico Corporal. 2.
Rinosseptoplastia. 3. Satisfação pós-operatória. 4.
Cirurgia Plástica. I. Lavinsky-Wolff, Michelle,
orient. II. Título.

**RINOSSEPTOPLASTIA E TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL:
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL
PÓS-OPERATÓRIA
LUÍSI RABAIOLI**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Joel Lavinsky

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Dr. José Eduardo Lutaif Dolci

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP)

Dr. Richard Ricachenevsky Gurski

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Dr. Tomas Gomes Patrocínio

Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Porto Alegre, 2019

*“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”*

Fernando Pessoa

*À minha família, por acreditarem em mim,
pelo incentivo e apoio incondicional em
minhas escolhas e decisões, sempre
farão parte de minhas vitórias.*

AGRADECIMENTOS

“Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe.” (Clarice Lispector) Assim, meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que caminharam comigo durante essa etapa.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e ao Programa de Pós Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas pela excelência e estrutura admiráveis, agradeço a oportunidade de crescimento e aprimoramento pessoal e profissional.

Ao Serviço de Otorrinolaringologia do HCPA e toda sua equipe, meu carinho pela parceria e apoio durante toda a trajetória.

Aos pacientes, por sua disposição e tempo despendido, sem eles esse trabalho não seria possível.

Aos acadêmicos e estagiários do ambulatório de Cirurgia Plástica Facial, especialmente às queridas Cássia Feijó Gomes, Natália Pilati e Bárbara Bernardi, pelo empenho e inestimável contribuição.

A minha orientadora Prof. Dra. Michelle Lavinsky Wolff, minha gratidão por toda a oportunidade, confiança, disponibilidade e incentivo. Em 2011, iniciamos um caminho acadêmico de sucesso, mas também construímos uma amizade que levarei para a vida toda. Muito obrigada!

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste projeto, meu agradecimento.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1 TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.....	16
2.2 RINOSSEPTOPLASTIA EM PACIENTES COM TDC.....	18
2.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	21
2.3.1 BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination).....	21
2.3.2 Questionário ROE (Rhinoplasty Outcome Evaluation).....	23
2.3.3 Questionário NOSE (Nasal Obstruction Symptom Evaluation Scale).....	24
3. JUSTIFICATIVA.....	26
4. HIPÓTESES.....	27
5. OBJETIVOS.....	28
5.1 Principal.....	28
5.2 Secundário.....	28
6. REFERÊNCIAS.....	29
7. ARTIGO ORIGINAL EM INGLÊS.....	33
8. ARTIGO ORIGINAL EM PORTUGUÊS.....	53
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
10. ANEXOS.....	74
ANEXO A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	74
ANEXO B. PROTOCOLO DE CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA.....	77
ANEXO C. QUESTIONÁRIO BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination)....	81
ANEXO D. QUESTIONÁRIO ROE (Rhinoplasty Outcome Evaluation).....	92
ANEXO E. QUESTIONÁRIO NOSE (Nasal Obstruction Symptom Evaluation Scale).....	94

LISTA DE ABREVIATURAS

BDDE: Body Dysmorphic Disorder Examination

DP: desvio padrão

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ED: erro desvio

EP: erro padrão

Fig.: Figura

ISAPS: International Society of Aesthetic Plastic Surgery

NOSE: Nasal Obstruction Symptom Evaluation

OMS: Organização Mundial da Saúde

ROE: Rhinoplasty Outcomes Evaluation

SD: Standard deviation

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TDC: Transtorno Dismórfico Corporal

VAS: Visual Analogue Scale

vs.: *Versus*

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Características sociodemográficas de acordo com a severidade dos sintomas de TDC no escore pré-operatório..... Página 61

Tabela 2. Pontuação pré-operatória dos questionários BDDE, NOSE e ROE de acordo com a severidade dos sintomas de TDC..... Página 62

Tabela 3. Comparação dos escores do BDDE pré-operatório, 3 meses e 6 meses após a cirurgia, de acordo com a severidade dos sintomas de TDC no pré-operatório. Página 63

Figura 1. Variação dos escores do BDDE pré-operatório, 3 meses e 6 meses após a cirurgia, de acordo com a severidade dos sintomas de TDC no pré-operatório. Página 64

Tabela 4. Comparação dos escores do NOSE pré-operatório e 6 meses após a cirurgia, de acordo com a severidade dos sintomas de TDC no pré-operatório..... Página 65

Tabela 5. Comparação dos escores do ROE pré-operatório, 3 meses e 6 meses após a cirurgia, de acordo com a severidade dos sintomas de TDC no pré-operatório. Página 66

RESUMO

Rinosseptoplastia e Transtorno Dismórfico Corporal: avaliação da satisfação estética e funcional pós-operatória

Objetivo: Descrever prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) em candidatos à rinosseptoplastia e comparar desfechos de satisfação estética e funcional entre pacientes com e sem sintomas de TDC. **Delineamento:** Estudo de coorte. **Métodos:** Foram incluídos indivíduos ≥ 16 anos, candidatos à rinosseptoplastia estética e/ou funcional em hospital universitário no sul do Brasil. A prevalência de TDC foi avaliada através do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) e os pacientes divididos nos grupos sem sintomas de TDC, sintomas leve-moderados e severos. Os desfechos de qualidade de vida específica, *Nasal Obstruction Symptom Evaluation* (NOSE) e *Rhinoplasty Outcome Evaluation* (ROE), foram avaliados antes, após 90 e 180 dias do procedimento. **Resultados:** Foram incluídos 131 indivíduos, 59,5% do sexo feminino. A prevalência de sintomas pré-operatórios de TDC foi 38%. Houve redução dos sintomas de TDC no BDDE pré-operatório vs. 3 e 6 meses em todos os grupos [78,94($\pm 2,46$) vs. 33,63($\pm 6,41$) e 35,51($\pm 5,92$), respectivamente, $p < 0,002$]. Entre os pacientes com sintomas de TDC severo o ROE variou de 21,24($\pm 3,88$) para 58,59($\pm 5,83$) aos 3 meses e 52,02($\pm 5,41$) aos 6 meses pós-operatório ($p < 0,001$); enquanto o NOSE de 71($\pm 8,47$) para 36,11($\pm 12,10$) aos 6 meses pós-operatório ($p < 0,01$). **Conclusão:** A prevalência de sintomas de TDC em nossa amostra foi alta (38%). A rinosseptoplastia foi associada a melhora nos resultados de qualidade de vida relacionada à função nasal e estética em todos os grupos, independentemente da presença e intensidade dos sintomas do TDC. A rinosseptoplastia também foi associada à redução dos sintomas de TDC no pós-operatório, mesmo em casos graves.

Palavras-chave: Transtorno Dismórfico Corporal; Rinoplastia; Cirurgia Plástica.

ABSTRACT

Rhinoseptoplasty and Body Dysmorphic Disorder: evaluation of postoperative aesthetic and functional satisfaction

Objective: To describe the prevalence of Body Dysmorphic Disorder (BDD) in rhinoseptoplasty candidates and to compare outcomes of aesthetic and functional satisfaction among patients with and without BDD symptoms. **Design:** Cohort study
Methods: Individuals ≥ 16 years, candidates for aesthetic and/or functional rhinoseptoplasty were recruited at a university hospital in southern Brazil. The prevalence of BDD was assessed through the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) and the patients divided into the groups: no symptoms of BDD, mild-moderate and severe symptoms. The specific quality of life outcomes, *Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE)* and *Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE)*, were evaluated before, after 90 and 180 days of the procedure. **Results:** 131 individuals were included, 59.5% female. The prevalence of preoperative symptoms of BDD was 38%. There was a reduction in the symptoms of BDD in the preoperative BDDE vs. 3 and 6 months in all groups [78.94(± 2.46) vs. 33.63(± 6.41) and 35.51(± 5.92), respectively, $P < 0.002$]. Among patients with severe BDD symptoms, ROE ranged from 21.24(± 3.88) to 58.59(± 5.83) at 3 months and 52.02(± 5.41) at 6 months postoperatively ($P < 0.001$); while NOSE from 71(± 8.47) to 36.11(± 12.10) at 6 months postoperatively ($P < 0.01$). **Conclusion:** The prevalence of BDD symptoms in our sample was high (38%). Rhinoseptoplasty was associated with an improvement in quality of life outcomes related to nasal function and aesthetic in all groups, irrespective of the presence and intensity of BDD symptoms. Rhinoseptoplasty in BDD symptomatic patients was also associated with a reduction in postoperative BDD symptoms, even in severe cases.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder; Rhinoplasty; Plastic surgery.

1. INTRODUÇÃO

A rinosseptoplastia é uma cirurgia frequentemente realizada na otorrinolaringologia e cirurgia plástica facial, visando alterar a forma ou aparência do nariz, preservando ou melhorando sua funcionalidade e perviedade ao fluxo aéreo. (3)

Os conceitos e padrões de beleza variam ao longo do tempo e conforme a cultura de cada população. Na sociedade ocidental, a aparência física pode ser considerada um indicador de sucesso pessoal e profissional. (1) A preocupação estética é tema cada vez mais em pauta, estimulada por um ideal de beleza propagado pelos meios de comunicação e discutido nos grupos sociais. A insatisfação com a própria imagem e o desejo de mudança, principalmente através de procedimentos cirúrgicos, são frequentes na população em geral. No entanto, a busca pela perfeição estética pode estar relacionada a problemas comportamentais, os quais se manifestam através da preocupação exagerada com a aparência. Segundo Goldwyn, a cirurgia estética é “menos difícil pelas suas exigências técnicas do que em função da personalidade e expectativas dos pacientes”(2)

O cirurgião deve estar apto a diferenciar os pacientes com real indicação para o tratamento cirúrgico daqueles acometidos por desordens psiquiátricas capazes de interferir na autopercepção corporal, entre elas, o transtorno dismórfico corporal. Nesse último grupo, intervenções cirúrgicas desnecessárias podem agravar o transtorno, levando a intensificação ou a novas queixas, bem como persistência da insatisfação.(4)

A escassez de evidências na literatura acerca do assunto justifica a realização de um estudo para determinar a prevalência do transtorno dismórfico corporal em população candidata à rinosseptoplastia e impacto nos desfechos pós-operatórios.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Na história da humanidade, a beleza sempre foi desejada e valorizada. Leonardo Da Vinci, em 1570, afirmava que “os rostos podem ser igualmente bonitos, mas nunca iguais”. O antropólogo francês Bertillon (século XIX) declarou que o nariz é o órgão que, mais do que qualquer outro no homem, dá à face um caráter peculiar. A harmonia do rosto foi definida de várias maneiras, com diferentes ideais de tamanho e proporção e, em 1601, Della Porta já esboçava uma descrição dos diferentes tipos de face. (5) Entretanto, na Idade Média os níveis de exigência eram bem menores. Com o Renascimento, o ideal greco-romano de beleza voltou a vigorar e foi se construindo uma cultura em que a beleza foi tomando progressivamente um lugar preponderante.(6) O primeiro relato médico de uma cirurgia nasal foi descrito em papiros egípcios e traduzido em 1930, descrevendo técnicas de substituição de fragmentos ósseos e tamponamento nasal.

A aparência é uma parte importante da identidade do indivíduo e capaz de impactar nas relações sociais. A maioria dos pacientes procura cirurgia estética facial para melhorar o bem-estar psicossocial, e estudos anteriores realmente descrevem uma melhor qualidade de vida após procedimentos cosméticos bem executados.(7) O nariz possui relevância estética central na harmonia da face, representando por suas características um critério de beleza essencial. Desde a antiguidade, todas as civilizações dispensam especial atenção à forma e aparência do nariz, relatos foram transcritos ao longo dos séculos na literatura e nas obras de arte e as proporções do rosto perfeito foram definidas por Leonardo da Vinci em 1492.

A beleza da estrutura facial humana possui um componente subjetivo, originado no sentimento do indivíduo que o observa como um processo do intelecto, assim como componentes objetivos mensuráveis. Esses atributos objetivos são assim definidos: *harmonia*, *proporção* e *simetria*. A *harmonia* é a relação das proporções, a *proporção* é a disposição das partes com o todo ou entre coisas relacionadas em si e a *simetria* é a harmonia da posição das partes ou pontos

semelhantes. Essas características são com frequência um dos fatores que perturbam, consciente ou inconscientemente, o desenvolvimento de nossa personalidade e da imagem corporal. Cada componente é muito importante para a harmonia facial, mas o nariz parece ter uma importância especial. Além de sua posição central; é a parte anatômica mais proeminente da face e não pode ser escondido. O aspecto do nariz é crítico não só para a anatomia do rosto, mas também porque este órgão é frequentemente um dos fatores que podem perturbar nossa imagem do nosso corpo e nosso desenvolvimento da personalidade.(8)

Nos últimos anos, a procura por cirurgias estéticas no Brasil tem se elevado de forma extremamente significativa: de acordo com dados publicados pela *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS), o Brasil foi o segundo país em número de procedimentos cirúrgicos estéticos no ano de 2017.(9) Ao analisarmos isoladamente a rinoplastia, houve um incremento de 11% em relação ao ano de 2016 e o Brasil foi o país que mais realizou o procedimento em 2017, responsável por 10,4% do total mundial (mais de 74 mil cirurgias). Esse aumento pode ser atribuído a inúmeros fatores, como a grande ênfase na importância da beleza, a maior acessibilidade às cirurgias e ao aprimoramento dos procedimentos, cada vez mais rápidos e seguros.

A rinosseptoplastia é a cirurgia plástica nasal que combina a rinoplastia (mudança do aspecto externo com finalidade estética) com a septoplastia (correção de desvio septal com finalidade funcional). Estima-se que 75% da população apresente algum grau de deformidade nasal, mais comumente o desvio septal.(10) Do ponto de vista cirúrgico, a rinoplastia sempre foi considerada um procedimento desafiador e, durante as últimas duas décadas, mais de 100 técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas para mudar a forma e o tamanho deste componente facial, e cada parte (a ponta, o dorso, a raiz, a base) foi superanalisada. Durante a cirurgia, são realizadas manobras como a ressecção de cartilagens, fraturas nasais e enxertias diversas, em grande parte das vezes em nosso meio, com intuito de diminuir as dimensões do nariz, procurando harmonia com a face.(8)

2.1 TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Para algumas pessoas, a busca da perfeição corporal pode ser confundida com felicidade e realização, provocando grandes frustrações. É sabido que a maioria das pessoas possui certo grau de insatisfação em relação a alguma característica de sua aparência. Entretanto, quando se leva em consideração a ênfase dada à beleza pela cultura atual, é fato que o risco para o desenvolvimento de uma patologia seja alto. Assim, pessoas que procuram mudar constantemente aspectos de sua aparência física e estão sempre insatisfeitas com os resultados de tratamentos e cirurgias estéticas têm alta probabilidade de possuírem uma patologia descrita como transtorno dismórfico corporal. (6)

O transtorno dismórfico corporal (TDC), inicialmente descrito como “dismorfofobia” por Enrico Morselli em 1886, foi incluído no DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – III) em 1980 com a nomenclatura de Transtorno Somatoforme atípico. Na edição atual DSM-V localiza-se na seção de “Transtorno Obsessivo-Compulsivo e outros transtornos”. (11,12) O caso histórico mais famoso foi tratado por Sigmund Freud e tornou-se conhecido como o "Homem-Lobo": Freud e posteriormente Brunswick descreveram um homem que apresentava uma preocupação excessiva com a ideia de ter um defeito no nariz, chegando até mesmo a negligenciar sua vida e seu trabalho.(13)

O TDC caracteriza-se por extrema insatisfação com a imagem corporal provocada pela distorção cognitiva da autoimagem, ou seja, os indivíduos acometidos são preocupados com um ou mais defeitos mínimos ou até mesmo inexistentes em sua aparência física, a qual acreditam parecer feia, anormal ou deformada. As preocupações são intrusivas, indesejadas, tomam tempo (ocorrendo, em média, de 3 a 8 horas por dia) e geralmente são difíceis de resistir ou controlar.(11)

Qualquer parte do corpo pode ser foco do TDC e em variados aspectos, podendo ser uma característica vaga e inespecífica, mas geralmente as queixas estão direcionadas mais comumente à face (pele, cabelos, nariz), mamas e cabelos.(14,15) O nariz é a preocupação mais comum no TDC é o nariz e, portanto, a rinoplastia estética é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns

solicitados no TDC, sendo, conseqüentemente, escolhida como foco deste estudo. (16)

A etiologia é incerta, existem teorias acerca da influência de fatores hormonais, psicológicos, socioculturais e genéticos, além da associação com uma disfunção executiva e anormalidades no processamento visual, com uma propensão a analisar e codificar detalhes em vez de aspectos holísticos ou configuracionais dos estímulos visuais.

O início da sintomatologia costuma ocorrer no final da adolescência - idade média do desenvolvimento é de 16,4 anos (\pm 7 anos) - e acomete igualmente ambos os sexos. (17) As preocupações subclínicas geralmente se desenvolvem de forma gradual até o transtorno completo, embora alguns indivíduos possam manifestar início abrupto. As características clínicas do transtorno são, de maneira geral, similares em crianças/adolescentes e adultos. O transtorno também ocorre em idosos, mas pouco é sabido a seu respeito nessa faixa etária. Os indivíduos com início do transtorno antes dos 18 anos demonstram maior comorbidades e tentativas de suicídio. (11)

A prevalência é estimada em 2,5% da população geral, porém entre candidatos à cirurgia plástica pode variar entre 6 a 54% conforme a literatura. (18–22) Essa grande variabilidade nas taxas de prevalência de transtorno dismórfico corporal em um cenário cosmético pode ser atribuída à diferença na interpretação e aplicação dos critérios diagnósticos e também por discrepâncias socioculturais. (23)

Uma metanálise realizada em 2017 incluindo 23 publicações relacionadas a cirurgia plástica evidenciou prevalência de TDC em 15% dos pacientes (variando de 2 a 57%), com idade média de 34 ± 12 anos e maioria mulheres (74%). Na análise individual dos estudos que compuseram a amostra, apenas um deles relatou prevalência semelhante aos índices da população geral (2,21%). Além disso, em apenas dois estudos foi encontrada maior ocorrência de TDC entre homens. (22)

O TDC está associado a altos níveis de ansiedade, ansiedade, esquivia social, humor deprimido e perfeccionismo, bem como a baixa extroversão e baixa

autoestima. Os pacientes com esse diagnóstico geralmente possuem baixa qualidade de vida, pior até mesmo que indivíduos com diagnóstico de depressão; muitos têm vergonha da sua aparência e do foco excessivo em seu visual e têm relutância em revelar suas preocupações aos outros.(16) Cerca de 80% dos pacientes com diagnóstico de TDC relatam ideação suicida e 25% já colocou em prática alguma tentativa de suicídio. (24) É possível que a ansiedade social, experiências de vitimização e outras variáveis, como o perfeccionismo, contribuam para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas. (1)

Apesar de a gravidade dos sintomas ser bastante variável, essas preocupações distorcidas provocam sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento pessoal, social e profissional, podendo levar a depressão, ansiedade, ideação suicida e comportamento social esquivo, com comprometimento da qualidade de vida.(25,26) Pacientes com sintomas mais graves tendem a uma qualidade de vida significativamente mais baixa, mais dificuldades nas relações pessoais, diminuição da autoestima e sofrimento emocional.(23) Esses pacientes acreditam que suas dificuldades são decorrentes de sua aparência física e por isso a única maneira de resolvê-las seria pela eliminação dos defeitos. A maioria dessas pessoas se submete a tratamentos estéticos, porém parece haver uma resposta pobre a tais tratamentos e por vezes agravamentos dos sintomas. (6)

2.2 RINOSSEPTOPLASTIA EM PACIENTES COM TDC

Em virtude da elevada prevalência do transtorno dismórfico corporal na população candidata a cirurgias estéticas, deve haver um esforço do cirurgião para avaliação das características psicológicas, motivações e expectativas com a cirurgia ainda no período pré-operatório, evitando a realização de procedimentos desnecessários com resultados cirúrgicos insatisfatórios e reduzindo as complicações para o médico e paciente.(14) Entretanto, a suspeição do TDC pode ser um desafio, visto que é normativo algum grau de insatisfação com a aparência para o qual o tratamento é desejado e para isso o cirurgião deve ter conhecimento dos sintomas e da saúde mental do seu paciente, investigando diagnósticos prévios e histórico de cirurgias e procedimentos. (20) Para auxiliá-lo

nessa triagem, existem inúmeras escalas capazes de sugerir a presença do transtorno, as quais devem ser rotineiramente aplicadas durante a consulta inicial.

Apesar da suspeita de alta prevalência, da maior disponibilidade de literatura acerca do assunto e da maior conscientização dos cirurgiões em relação a esse transtorno, ainda não há uma abordagem ou diretriz padronizada para a identificação adequada desses pacientes. (23) A avaliação e a cuidadosa seleção dos pacientes em busca de cirurgia facial é um passo essencial no pré-operatório. A entrevista deve ser focada não apenas no ponto de vista anatômico e funcional, mas também nas expectativas, motivações e estabilidade emocional. (8) Alguns autores sugerem que, em caso de suspeição, a cirurgia deve ser desencorajada nesses pacientes, até que haja elucidação diagnóstica e tratamento adequado.(27)

Além disso, o perfil clínico dos pacientes com sintomas do distúrbio em busca de rinosseptoplastia não é claro. Felix et al. avaliaram 31 pacientes procurando por cirurgia estética nasal em hospital universitário de São Paulo (UNIFESP) com sintomas de grau leve-moderados do TDC através do questionário BDDE. A amostra composta exclusivamente por mulheres demonstrou idade média $31,7 \pm 10$, 29% caucasianos e 71% afro-brasileiros, 71% solteiros e 35,5% com ensino superior completo. Não foi verificada relação significativa entre essas variáveis e a severidade da pontuação em questionário para TDC.(15)

Um estudo prospectivo realizado em hospital terciário na Bélgica avaliou 226 candidatos a rinoplastia e 65 pacientes no grupo controle, maiores de 16 anos, com queixas nasais estéticas e/ou funcionais entre 2009 e 2010.(23) A análise do perfil sociodemográfico dessa população mostrou os seguintes resultados: não houve diferença significativa entre os grupos para idade (médias grupo rinoplastia 33 ± 16 e grupo controle 37 ± 17 , $p=0,283$), sexo (grupo rinoplastia 55% mulheres e controle 57% mulheres, $p=0,069$), estado civil, raça, cirurgia estética prévia exceto rinoplastia (grupo rinoplastia 14% e grupo controle 3%, $p=0,135$) e severidade dos sintomas do TDC. Por outro lado, foi considerada significativa a diferença em relação a rinoplastia prévia (grupo rinoplastia 20% e

zero no grupo controle, $p=0,003$), história psiquiátrica e motivo da cirurgia (10% somente estética, 10% somente funcional, 42% estética e funcional, $p=0,001$). Em relação a severidade dos sintomas avaliada através da escala “Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for body dysmorphic disorder”, os resultados foram os seguintes:

- Queixas estéticas e/ou funcionais: ausente 32%, leve 35%, moderado 26%, severo 7%;

- Queixas estéticas: 20% ausente, 35% leve, 35% moderado, 9% severo;

- Queixas funcionais: 53% ausente, 35% leve, 8% moderado, 4% severo;

- Grupo controle: 69% ausente, 29% leve, 2% moderado.

Estudos já realizados apresentam conclusões inconsistentes: alguns relatam benefícios discretos com os resultados cirúrgicos de uma rinoplastia, enquanto outros evidenciam exacerbação sintomática no pós-operatório. Alguns autores afirmam até mesmo que o TDC seria uma contraindicação cirúrgica, de encontro a outros que sugerem resultados satisfatórios.(20,28,29) Entretanto, a maioria deles não foi bem estruturado ou avalia um limitado número de pacientes, colocando em dúvida a acurácia dos resultados. A grande maioria dos relatos clínicos e estudos retrospectivos revelam que pacientes com TDC apresentam baixo grau de satisfação e deterioração dos sintomas do transtorno e até se tornam violentos em relação a si mesmos e ao cirurgião, pois o profissional dificilmente conseguirá atingir as expectativas do paciente. (23) Os piores resultados costumam ser descritos naqueles pacientes com múltiplas cirurgias. (16)

Phillips et al. avaliaram 58 pacientes com diagnóstico de TDC submetidos a diversas cirurgias estéticas (rinoplastia foi a mais comum, realizada em 41,6% da amostra). 58,3% dos pacientes não apresentaram mudança nos sintomas do TDC e 24,3% referiram piora após a cirurgia. (30)

Outro estudo, publicado em 2013, avaliou 166 pacientes no pré-operatório de rinoplastia, 3 meses e 12 meses após a cirurgia, com 7% de perda de seguimento em 3 meses e 10% em 1 ano. Os escores da “BDD-YBOCS scale” para avaliação de TDC foram inversamente relacionados com a satisfação pós-operatória, avaliada através de escala análogo visual de aparência nasal, ROE e

questionário de qualidade de vida. Pacientes com sintomas de grau moderado ou severo tiveram sua satisfação pós-operatória em ambos os questionários significativamente menor em comparação com pacientes sem sintomas ou com sintomas leves após 3 meses da cirurgia. (ROE $15,86 \pm 4,1$ para sintomas moderado-severos e $20,04 \pm 2,9$ para sintomas leve-ausentes, respectivamente) e 12 meses da cirurgia (ROE $14,78 \pm 5,2$ para moderado-severos e $19,00 \pm 3,9$ para leve-ausentes, respectivamente). Dessa forma, o estudo concluiu que quanto maior a insatisfação com a aparência antes da cirurgia, maior a chance de permanecerem insatisfeitos após a cirurgia após 12 meses, inclusive com decréscimo na qualidade de vida. (21)

Por outro lado, estudo prospectivo realizado em São Paulo incluiu inicialmente 151 candidatos a rinoplastia, sendo que 30 foram excluídos por apresentar sintomas severos. Houve remissão completa dos sintomas em 80,6% e satisfação cirúrgica em 90,3% dos pacientes após 1 ano da cirurgia de TDC de acordo com o BDDE; assim, a amostra final foi composta por 31 pacientes com sintomas de grau leve-moderados de TDC. O escore pré-operatório no BDDE foi $107,2 \pm 18,2$, enquanto após 1 ano de seguimento foi $52,8 \pm 24,3$. (15)

2.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

2.3.1 BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination)

Existe escasso material acerca de instrumentos diagnósticos para o TDC; a maioria deles foi desenvolvida para avaliar sintomas que guardam alguma relação com os do TDC, como transtornos alimentares e transtorno obsessivo-compulsivo.

Rosen e Reiter avaliaram os instrumentos existentes sobre imagem corporal construídos até o ano de 1996 e concluíram que nenhum abordava todos os aspectos necessários para o diagnóstico de TDC. Por esse motivo, realizaram um estudo que objetivou a criação de instrumento específico, denominado BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*), baseado nos critérios do DSM-IV. (31)

O questionário possui consistência interna ($\alpha = 0,96$) e é capaz de discriminar a população clínica da não-clínica e corrobora para o diagnóstico de TDC ao excluir preocupações que poderiam ser melhor explicadas por outros transtornos.(6) Estudos acerca desse instrumento afirmam que o mesmo é útil tanto como medida de triagem do TDC bem como para quantificação da gravidade dos sintomas da imagem corporal negativa.

A versão do BDDE para português, validada por JORGE 2008 em uma amostra populacional de candidatos à cirurgia estética, mostra parâmetros de confiabilidade (Coeficiente alfa de Cronbach de 0,89; confiabilidade teste-reteste de 0,87; confiabilidade interobservador de 0,87) comparáveis aos parâmetros da escala original.(32)

Essa escala é aplicada por entrevistador treinado, composta por 34 questões relativas à preocupação com a aparência, autoimagem negativa, consciência do transtorno, esquiva de atividades, camuflagem e checagem do defeito e sintomas psicológicos. Para as questões fechadas, as respostas são organizadas em uma escala na forma Likert de pontos, variando de zero a seis, com zero significando ausência do transtorno; caso seja positivo, quanto maior o escore, maior a frequência e intensidade dos sintomas. 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). A pontuação máxima é 168 e os autores determinam que escores acima de 66 já refletem grau de insatisfação com a aparência.

O BDDE permite também verificar a 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).(32,33)

Um dos estudos ainda classifica os resultados do BDDE em leves, moderados e graves, conforme os critérios abaixo:(15)

- leve ou moderado: critérios para TDC de acordo com o DSM IV, escore acima de 66 e ausência de comportamentos esquivos.

- grave: critérios para TDC de acordo com o DSM IV, escore acima de 66 e presença de comportamentos esquivos, considerados quando pontuação ≥ 4 nos itens 23 e 24, e 25 ou 26.

2.3.2 Questionário ROE (Rhinoplasty Outcome Evaluation)

Ao avaliarmos resultados em cirurgias estéticas, geralmente são utilizados como desfechos primordiais medidas subjetivas e de difícil mensuração, como satisfação ou qualidade de vida. Alsarraf, em 2000, criou uma série de questionários para avaliar especificamente os resultados de procedimentos estéticos faciais sob o ponto de vista da satisfação do paciente: o Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE), questionário de fácil aplicação para avaliação de resultados em rinoplastia. Na criação das perguntas, o autor levou em conta os principais fatores que influenciam no contentamento do paciente: o fator físico, investigado pela satisfação em relação ao aspecto e funcionalidade nasal; o fator emocional, estimado pelo grau de confiança e desejo de mudança na aparência; e o fator social, avaliado pela aceitação social, profissional e familiar. (34,35)

Esse instrumento é uma escala autopreenchida composto por 6 perguntas que avaliam 3 domínios da qualidade de vida: físico, mental/emocional e social. Cada questão é pontuada em uma escala de 0 a 4 e convertida em um escore total de 0 a 100, ao dividir o valor por 24 e multiplicar por 100.(36) A comparação dos valores pré e pós-operatórios costumam fornecer as informações mais relevantes do que sua análise isolada.

Em 2012, Izu et al. realizaram a tradução e a adaptação cultural do questionário ROE para o Português Brasileiro, e estabeleceram parâmetros de normalidade. Foram avaliados um grupo rinoplastia, composto por pacientes com indicação cirúrgica, e um grupo controle, constituído por voluntários hígidos, sem desejo ou indicação de rinoplastia. O escore médio entre os pacientes do grupo rinoplastia foi de 6,6, enquanto a média do grupo controle foi de 17,94. Houve, também, pouca intersecção de valores entre os grupos, o que propiciou uma fácil identificação de um ponto de corte, com bons índices de sensibilidade e especificidade. O valor 12 foi definido como o limite mínimo de normalidade, com

índices de sensibilidade e especificidade de 95,16% e 95%, respectivamente. (34) Apesar de suas medidas terem sido validadas, não há informação sobre a metodologia utilizada no desenvolvimento dos questionários.

Entretanto, o ROE falha ao não incluir questões sobre a ocorrência de sintomas pós-operatórios capazes de impactar na satisfação do paciente, tais como dor facial, hematoma, ocorrência de complicações e seu impacto na qualidade de vida.(35)

2.3.3 Questionário NOSE (Nasal Obstruction Symptom Evaluation Scale)

Trata-se de um instrumento já validado em português e desenvolvido para avaliação de pacientes com obstrução nasal. De acordo com esse instrumento, os pacientes são solicitados a avaliar sua dificuldade de respirar de uma forma geral, e especificamente a dificuldade em respirar pelo nariz e durante o sono, além da severidade de sua congestão nasal. A severidade dos sintomas é registrada seguindo uma escala de 0 a 4, sendo que 0 corresponde à ausência de problema e 4 a problema grave; os escores possíveis variam entre 0 a 20 e escores mais altos indicam maior grau de obstrução nasal. A soma das respostas é multiplicada por cinco, dando origem a um escore final de 0 a 100, sendo maiores valores associados a pior qualidade de vida. (37,38)

Com sua validação reportada por Stewart et al. em 2004, tornou-se a referência para estudos que analisam a influência da obstrução nasal sobre a qualidade de vida, tanto basal quanto no seguimento após tratamentos clínicos e cirúrgicos, ao medir a percepção da obstrução da via aérea nasal do paciente. (39) O ponto-chave do questionário NOSE é que ele poderia avaliar a obstrução nasal de qualquer doença, não só na rinite ou na rinossinusite. (38). Tem, portanto, grande valia nos ensaios para avaliar não só os resultados em cirurgia de septoplastia de rotina, mas também de outras intervenções, como a rinoplastia. (37,40) Tanto o estudo original quanto a validação em português foram projetados, inicialmente, para avaliar grupos de pacientes e não para serem usados com dados de pacientes individuais ou para prever um resultado em indivíduos. (38)

Em 2014, Rhee et al. realizaram uma revisão sistemática da escala NOSE e de escala análogo visual (VAS) com os seguintes objetivos: definir valores

sintomáticos e normativos para pacientes pré e pós-cirúrgicos com obstrução nasal, indivíduos assintomáticos e a população em geral; determinar se as pontuações pós-cirúrgicas seriam comparáveis com as contagens assintomáticos; e determinar se havia uma mudança na pontuação pré e pós-operatória clinicamente útil. As pontuações da escala NOSE mostraram uma surpreendente quantidade de consistência entre os estudos. Apesar da diversidade de populações, intervenções e técnicas cirúrgicas, os resultados mostraram uma clara demarcação, com base nas medidas relatadas pelos pacientes, definindo, assim, os valores normativos e sintomático. (41) Essa avaliação demonstrou que ambos os escores, NOSE e VAS, são escalas consistentes e confiáveis relatadas pelo paciente, quando utilizadas para avaliação da obstrução nasal. Uma gama de valores normativos e sintomáticos pôde ser estabelecida para uso clínico significativo. De acordo com essa revisão, o escore médio \pm Desvio Padrão (DP da escala NOSE) para um paciente com obstrução nasal foi de 65 ± 22 . A pontuação NOSE pós-cirúrgica foi de 23 ± 20 . A média da pontuação NOSE em indivíduos assintomáticos foi de 15 ± 17 . O escore NOSE para a população em geral foi de 42 ± 27 . A média do valor da variação pré-cirúrgica para a pós-cirúrgica foi de 42 no NOSE. Os autores concluíram que médicos, pesquisadores e outros interessados podem considerar o uso dessas medidas como confiável e clinicamente acurada para a aferição de resultados cirúrgicos.

3. JUSTIFICATIVA

Em virtude da elevada prevalência do transtorno dismórfico corporal na população candidata a cirurgias estéticas, o cirurgião deve estar apto a avaliar características psicológicas, motivações e expectativas com a cirurgia ainda no período pré-operatório, visando diferenciar os pacientes com real indicação para o tratamento cirúrgico daqueles acometidos por desordens psiquiátricas capazes de interferir na autopercepção corporal, evitando a realização de procedimentos desnecessários com resultados cirúrgicos insatisfatórios.

A escassez de evidências na literatura acerca do assunto justifica a realização de um estudo para determinar a prevalência do transtorno dismórfico corporal em população candidata à rinosseptoplastia e impacto nos desfechos pós-operatórios.

4. HIPÓTESES

Considerando a revisão de literatura supracitada, formulamos as seguintes hipóteses;

- Esperamos que a prevalência de sintomas de TDC em nossa amostra de candidatos à rinosseptoplastia seja maior do que a prevalência descrita para a população geral;
- Acreditamos que os pacientes com triagem positiva para sintomas de TDC apresentarão menores índices de satisfação estética pós-operatória.

5. OBJETIVOS

5.1 Principal

Descrever prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) em população candidata à rinosseptoplastia estética, funcional ou associadas.

5.2 Secundário

Comparar índices pré e pós-operatórios de qualidade de vida relacionada à satisfação estética (escala ROE) e funcional (escala NOSE) entre pacientes candidatos à rinosseptoplastia estética e/ou funcional com e sem sintomas do Transtorno Dismórfico Corporal.

6. REFERÊNCIAS

1. Senín-Calderón C, Valdés-Díaz M, Benítez-Hernández MM, Núñez-Gaitán MC, Perona-Garcelán S, Martínez-Cervantes R, et al. Validation of Spanish language evaluation instruments for body dysmorphic disorder and the dysmorphic concern construct. *Front Psychol*. 2017;8(JUN):1–9.
2. Goldwyn RM. *Beyond appearance : reflections of a plastic surgeon*. New York; 1986. x, 229.
3. Ishii LE, Tollefson TT, Basura GJ, Rosenfeld RM, Abramson PJ, Chaiet SR, et al. Clinical Practice Guideline: Improving Nasal Form and Function after Rhinoplasty Executive Summary. *Otolaryngol - Head Neck Surg (United States)*. 2017;156(2):205–19.
4. Buhlmann U, Teachman BA, Naumann E, Fehlinger T, Rief W. The meaning of beauty: Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord [Internet]*. 2009 Jun;23(5):694–702. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618509000371>
5. Lupo G. The history of aesthetic rhinoplasty: Special emphasis on the saddle nose. *Aesthetic Plast Surg*. 1997;21(5):309–27.
6. Ramos TIAP. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL : PROPRIEDADES ESCALA DE AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL : PROPRIEDADES. 2009;
7. Herruer JM, Prins JB, Van Heerbeek N, Verhage-Damen GWJA, Ingels KJAO. Negative Predictors for Satisfaction in Patients Seeking Facial Cosmetic Surgery: A Systematic Review. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(6):1596–605.
8. Amodeo CA. The central role of the nose in the face and the psyche: Review of the nose and the psyche. *Aesthetic Plast Surg*. 2007;31(4):406–10.
9. ISAPS [Internet]. Available from: <https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/>
10. Karlsson TR, Shakeel M, Supriya M, Ram B, Ah-See KW. Septoplasty with concomitant inferior turbinate reduction reduces the need for revision procedure. *Rhinol J [Internet]*. 2015 Jan 1;53(1):59–65. Available from: <http://www.rhinologyjournal.com/Abstract.php?id=1272>
11. American, Psychiatric Association W. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edn. 2013. 123-155 p.
12. Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. Body Dysmorphic Disorder in Cosmetic Surgery Patients. *Facial Plast Surg [Internet]*. 2003;19(1):007-018. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-2003-39137>

13. França K, Roccia MG, Castillo D, AlHarbi M, Tchernev G, Chokoeva A, et al. Body dysmorphic disorder: history and curiosities. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2017;167:5–7.
14. Sahin C, Yilmaz O, Bayram Y, Karagoz H, Sever C, Kulahci Y, et al. Patient Selection in Plastic Surgery: Recognizing Body Dysmorphic Disorder. *Arch Clin Exp Surg* [Internet]. 2013;2(2):109. Available from: <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=21402>
15. Felix GAA, De Brito MJA, Nahas FX, Tavares H, Cordás TA, Dini GM, et al. Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*. 2014;67(5):646–54.
16. Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg*. 2003;56(6):546–51.
17. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics* [Internet]. 2005 Jul;46(4):317–25. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033318205700694>
18. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1988 Nov;45(11):977–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3263101>
19. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatry*. 2003;18(7):365–8.
20. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7):167–80.
21. Picavet VA, Gabriëls L, Grietens J, Jorissen M, Prokopakis EP, Hellings PW. Preoperative symptoms of body dysmorphic disorder determine postoperative satisfaction and quality of life in aesthetic rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2013;131(4):861–8.
22. Ribeiro RVE. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery and Dermatology Patients: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Aesthetic Plast Surg*. Springer US; 2017;41(4):964–70.
23. Picavet VA, Prokopakis EP, Gabriëls L, Jorissen M, Hellings PW. High prevalence of body dysmorphic disorder symptoms in patients seeking rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2011;128(2):509–17.
24. Tasios K, Michopoulos I. Body dysmorphic disorder: Latest neuroanatomical and neuropsychological findings. *Psychiatriki* [Internet]. 2017 Oct 1;28(3):242–50. Available from: http://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1382&Itemid=944&lang=en
25. Dey JK, Ishii M, Phillis M, Byrne PJ, Boahene KDO, Ishii LE. Body Dysmorphic Disorder in a Facial Plastic and Reconstructive Surgery Clinic. *JAMA Facial*

- Plast Surg [Internet]. 2015 Mar 1;17(2):137. Available from: <http://archfaci.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamafacial.2014.1492>
26. Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188(3):170–5.
 27. Sweis IE, Spitz J, Barry DR, Cohen M. A Review of Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic Surgery Patients and the Legal Implications. *Aesthetic Plast Surg.* Springer US; 2017;41(4):949–54.
 28. Ziglinas P, Menger DJ, Georgalas C. The body dysmorphic disorder patient: To perform rhinoplasty or not? *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology.* 2014;271(9):2355–8.
 29. Lekakis G, Picavet VA, Gabriëls L, Grietens J, Hellings PW. Body Dysmorphic Disorder in aesthetic rhinoplasty: Validating a new screening tool. *Laryngoscope.* 2016;126(8):1739–45.
 30. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics* [Internet]. 2001;42(6):504–10. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033318201704586>
 31. Rosen JC, Reiter J. Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behav Res Ther* [Internet]. 1996 Sep;34(9):755–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8936758>
 32. Jorge RTB, Sabino Neto M, Natour J, Veiga DF, Jones A, Ferreira LM. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. *Sao Paulo Med J.* 2008;126(2):87–95.
 33. Coelho FD, Carvalho PHB de, Paes ST, Ferreira MEC. Esthetic plastic surgery and (in) satisfaction index: a current view. *Rev Bras Cir Plástica – Brazilian J Plast Sugery* [Internet]. 2017;32(1):135–40. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/2177-1235.2017RBCP0019>
 34. Izu SC, Kosugi EM, Brandão KV, Lopes AS, Garcia LBS, Suguri VM, et al. Normal values for the Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) questionnaire. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 78(4):76–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22936141>
 35. Kosowski TR, McCarthy C, Reavey PL, Scott AM, Wilkins EG, Cano SJ, et al. A Systematic Review of Patient-Reported Outcome Measures after Facial Cosmetic Surgery and/or Nonsurgical Facial Rejuvenation. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2009 Jun;123(6):1819–27. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006534-200906000-00026>
 36. Alsarraf R. Outcomes Research in Facial Plastic Surgery: A Review and New Directions. *Aesthetic Plast Surg* [Internet]. 2000 Jul 1;24(3):192–7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s002660010031>
 37. Stewart MG, Witsell DL, Smith TL, Weaver EM, Yueh B, Hannley MT. Development and validation of the Nasal Obstruction Symptom Evaluation

- (NOSE) scale. *Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2004 Feb;130(2):157–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14990910>
38. Bezerra TFP, Padua FGM, Pihan RRM, Stewart MG, Voegels RL. Cross-cultural adaptation and validation of a quality of life questionnaire: the Nasal Obstruction Symptom Evaluation questionnaire. *Rhinology* [Internet]. 2011 Jun;49(2):227–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21743882>
 39. Stewart MG, Smith TL. Objective versus subjective outcomes assessment in rhinology. *Am J Rhinol* [Internet]. 19(5):529–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16270610>
 40. Yoo S. Nasal Airway Preservation Using the Autospreader Technique. *Arch Facial Plast Surg* [Internet]. 2011 Jul 1;13(4):231. Available from: <http://archfaci.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archfacial.2011.7>
 41. Rhee JS, Sullivan CD, Frank DO, Kimbell JS, Garcia GJM. A systematic review of patient-reported nasal obstruction scores: defining normative and symptomatic ranges in surgical patients. *JAMA Facial Plast Surg* [Internet]. 16(3):219–25; quiz 232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24604253>

7. ARTIGO ORIGINAL EM INGLÊS

Title: Rhinoseptoplasty and Body Dysmorphic Disorder: evaluation of postoperative aesthetic and functional satisfaction

Authors: Rabaioli LR^{1,2}, Oppermann PO², Paseto NP³, Gomes CF³, Bernardi BL³, Migliavacca RO², Lavinsky-Wolff, M^{1,2}.

¹ Postgraduate Program in Medicine: Surgical Sciences of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil.

² Department of Otolaryngology, Hospital de Clínicas, Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brazil.

³ School of Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil.

ABSTRACT

Objective: To describe the prevalence of Body Dysmorphic Disorder (BDD) in rhinoseptoplasty candidates and to compare outcomes of aesthetic and functional satisfaction among patients with and without BDD symptoms. **Design:** Cohort study
Methods: Individuals ≥ 16 years, candidates for aesthetic and/or functional rhinoseptoplasty were recruited at a university hospital in southern Brazil. The prevalence of BDD was assessed through the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) and the patients divided into the groups: no symptoms of BDD, mild-moderate and severe symptoms. The specific quality of life outcomes, *Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE)* and *Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE)*, were evaluated before, after 90 and 180 days of the procedure. **Results:** 131

individuals were included, 59.5% female. The prevalence of preoperative symptoms of BDD was 38%. There was a reduction in the symptoms of BDD in the preoperative BDDE vs. 3 and 6 months in all groups [78.94(\pm 2.46) vs. 33.63(\pm 6.41) and 35.51(\pm 5.92), respectively, $P < 0.002$]. Among patients with severe BDD symptoms, ROE ranged from 21.24(\pm 3.88) to 58.59(\pm 5.83) at 3 months and 52.02(\pm 5.41) at 6 months postoperatively ($P < 0.001$); while NOSE from 71(\pm 8.47) to 36.11(\pm 12.10) at 6 months postoperatively ($P < 0.01$). **Conclusion:** The prevalence of BDD symptoms in our sample was high (38%). Rhinoseptoplasty was associated with an improvement in quality of life outcomes related to nasal function and aesthetic in all groups, irrespective of the presence and intensity of BDD symptoms. Rhinoseptoplasty in BDD symptomatic patients was also associated with a reduction in postoperative BDD symptoms, even in severe cases.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder; Rhinoplasty; Plastic surgery.

INTRODUCTION

Rhinoseptoplasty is a surgery frequently performed in otolaryngology and facial plastic surgery, aiming to alter the shape or appearance of the nose, preserving or improving its functionality and patency to the airflow. ⁽¹⁾ The demand for aesthetic surgeries has risen in an extremely significant way for the past years. According to data published by the International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), Brazil was the second country in number of aesthetic surgical procedures in the year 2017.⁽²⁾ When analyzing rhinoplasty alone, there was an increase of 11% compared

to 2016 and Brazil was the country that performed the procedure the most in 2017, responsible for 10.4% of the world total (more than 74 thousand surgeries).⁽³⁾

For some people, the pursuit of bodily perfection can be confused with happiness and fulfillment, causing great frustrations when not attained. It is well known that most people have some degree of dissatisfaction with some feature of their appearance. However, when one takes into account the emphasis given to beauty by the current culture, it is a fact that the risk for the development of a disorder is high. Thus, people who seek to constantly change aspects of their physical appearance and are always dissatisfied with the results of aesthetic treatments and surgeries are highly likely to have a condition described as body dysmorphic disorder (BDD).⁽³⁾

The BDD is characterized by extreme dissatisfaction with the body image caused by the cognitive distortion of the self-image, that is, the affected individuals are worried about one or more minimal or even nonexistent defects in their physical appearance, which they believe to appear ugly, abnormal or deformed. These concerns are intrusive, unwanted, time-consuming (occurring, on average, from 3 to 8 hours a day) and are often difficult to resist or control.

Prevalence is estimated at 2.5% in the general population, but among candidates for plastic surgery, it may vary from 6 to 54% according to literature.⁽⁴⁻⁷⁾ This large variability in the prevalence rates of body dysmorphic disorder in a cosmetic setting can be attributed to the difference in the interpretation and application of diagnostic criteria and also to socio-cultural discrepancies. Although the severity of the symptoms is quite variable, these distorted concerns cause clinically significant distress and impairment in personal, social, and professional functioning,

leading to depression, anxiety, suicidal ideation, and avoidant social behavior with impaired quality of life.^(9, 10) Most of these people undergo cosmetic treatments, but there seems to be a poor response to such treatments and sometimes worsening of symptoms.⁽³⁾

Due to the high prevalence of body dysmorphic disorder in the candidate population for aesthetic surgeries, the surgeon should be able to evaluate psychological motivations and expectations with surgery still in the preoperative period, aiming to differentiate the patients with real indication for the surgical treatment of those affected by psychiatric disorders capable of interfering in the body self-perception, avoiding unnecessary procedures with unsatisfactory surgical results.^(6,11) The paucity of evidence in the literature on the subject justifies a study to determine the prevalence of BDD in rhinoseptoplasty candidates, as well as the impact on postoperative outcomes.

Studies that have already been carried out present inconsistent conclusions: some report discrete benefits with the surgical results of rhinoplasty, while others show symptomatic exacerbation in the post-operative period. Some authors even affirm that BDD would be a surgical contraindication, against others who suggest satisfactory results.^(6,12-14) The vast majority of clinical reports and retrospective studies have shown that patients with BDD show a low degree of satisfaction and deterioration of the symptoms of the disorder. The worst results are usually described in patients with multiple surgeries.^(7,14,15)

The objectives of the present study are to describe the prevalence of BDD in a population of candidates for aesthetic and/or functional rhinoseptoplasty, and to

compare outcomes of aesthetic and functional satisfaction among patients with and without BDD symptoms.

MATERIALS AND METHODS

Design and participants

The present study was conducted at the outpatient clinic of Facial Plastic Surgery of the Otolaryngology Service of Hospital de Clínicas in Porto Alegre, a tertiary care university hospital in the south of Brazil, from March 2016 to September 2018. It is a cohort study which included patients of both sexes, older than 16 years, candidates for aesthetic, functional or associated rhinoseptoplasty. Exclusion criteria were: 1) additional concomitant procedures, such as functional endoscopic sinus surgery, adenoidectomy, blepharoplasty or otoplasty; 2) cognitive difficulty in completing the questionnaire used in the study; 3) previous diagnosis of BDD with or without treatment, due to the risk of confusion bias and difficulty in measuring treatment results.

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Hospital de Clínicas in Porto Alegre (HCPA), Brazil, under the registry #15-0520. The Informed Consent Form was obtained from each patient before inclusion in the study.

Sample Size

To estimate the prevalence of positive screening for BDD in the study population, the 9% frequency reported in the study of Joseph et al was taken as a base. ⁽²⁴⁾ The sample calculation was performed through Winpepi version 11.65, adopting a 95% confidence level, resulting in an estimated sample of 126 individuals for preoperative analysis. For the detection of 20 points of difference in the ROE

scale in the comparative analysis between the pre and postoperative groups among patients with and without TDC, using as reference the scores obtained by Lavinsky-Wolff in 2012, the sample was calculated in 22 individuals, being 11 of them in each group, considering a level of significance of 5% and a power of 80%.⁽¹⁶⁾

Data Collection and Questionnaires

Between March 2015 and October 2018, 131 rhinoseptoplasty candidates who met the inclusion criteria were consecutively included in the study. All of them were submitted to a clinical interview and to a questionnaire on demographic and baseline characteristics during the preoperative evaluation. The evaluation instruments described below were applied by trained and blinded interviewers before surgery, 90 and 180 days after surgery.

1. *BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination)*: validated scale for Portuguese based on 34 questions regarding the concern with appearance, negative self-image, self-consciousness, avoidance of activities, body camouflage, defect checking, and psychological symptoms. The items are rated on a scale from 0 to 6, with 0 indicating the absence of negative body image symptoms in the last 4 weeks. Scores from 1 to 6 represent the frequency (days) or intensity (mild to severe) of the symptoms. The maximum score is 168 and a cutoff point above 66 indicates a greater degree of dissatisfaction with appearance and is generally associated with the diagnosis of BDD. The classification of the physical deformity perceived by the patient was performed by the interviewers during the preoperative evaluation. Severe cases were those that met DSM-IV criterion B (the concern causes clinically

significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning), that is, those with BDDE scores ≥ 4 in items 23, 24 and (25 or 26).^(1,17)

2. *Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE)*: quality of life questionnaire validated in Portuguese for evaluation of results in patients submitted to rhinoplasty. It consists of six questions that involve three domains of quality of life: physical, mental/emotional and social. According to this scale, the score ranges from 0 to 100; the higher score indicates the greater degree of satisfaction.^(18,19)

3. *Nasal Obstruction Symptom Evaluation Scale (NOSE)*: questionnaire with 5 items about quality of life, specific to evaluate nasal obstruction in clinical trials, already validated in Portuguese (NOSE-p). A score of 0 means that there are no problems related to nasal obstruction while a score of 100 means the most serious problem possible with nasal obstruction.⁽²⁰⁻²²⁾

Statistical methods

All analyzes were performed using SPSS software version 25. Continuous variables were described as mean and standard deviation and categorical variables as percentages. The value of $p \leq 0.05$ indicates statistical significance. Analysis of variance (ANOVA) was used for comparison of means between groups; Student's t-test was used for variables of normal distribution and Chi-square of Pearson for the other variables. For intragroup comparisons, pre and postoperative, the Generalized Estimating Equation (GEE) test was used which evaluates all completed questionnaires at all visits.⁽²³⁾

RESULTS

Participants were divided into three groups according to their preoperative score in the BDDE: patients without symptoms of BDD (total score <66), patients with mild-moderate BDD symptoms (total score ≥ 66) and patients with severe BDD symptoms (total score ≥ 66 and scores ≥ 4 on items 23, 24 and 25 or 26). The demographic data for these groups are described in Table 1.

Table 1. Socio-demographic characteristics according to the severity of BDD symptoms in the preoperative score. (n = 131)

Characteristics	Without symptoms (n= 81)	Mild-moderate symptoms (n=39)	Severe symptoms (n= 11)
Age, mean (SD), years	37.57 (14.36)	34.33 (12.86)	36.09 (13.75)
Sex			
Female	43 (53.1%)	29 (74.4%)	6 (54.5%)
Education (years)			
Up to 8 years	31 (38.3%)	10 (25.6%)	4 (36.4%)
9 to 11 years	39 (48.1%)	18 (46.2%)	4 (36.4%)
12 years or more	11 (13.6%)	11 (28.2%)	3 (27.3%)
Comorbidities	35 (43.2%)	16 (41%)	2 (18.2%)
Previous nasal surgery	13 (16.3%)	3 (7.7%)	1 (9.1%)
History of nasal fracture	29 (35.8%)	12 (30.8%)	6 (54.5%)
Surgery main concern			
Functional	24 (29.6%)	4 (10.3%)	0
Aesthetic	4 (4.9%)	1 (2.6%)	1 (9.1%)
Both	53 (65.4%)	34 (87.2%)	10 (90.9%)

A total of 131 patients was included, with a mean age of 36.33 (\pm 14.12) years, 59.5% female. The prevalence of positive screening for BDD in our the preoperative evaluation was 38% (n = 50). In patients without symptoms of BDD, the mean age was 37 (\pm 14) years; 34 (\pm 12) in those with mild to moderate symptoms and 36 (\pm 13) in patients with severe symptoms, ranging from 17 to 71 years. No statistically significant association was found between presence or severity of BDD symptoms and age, sex, presence of comorbidities, educational level, history of nasal fracture, previous nasal surgery. However, there was a higher prevalence of exclusive functional rhinoplasty among patients without symptoms of BDD (29%), whereas a greater search for aesthetic rhinoplasty was found in the group with severe symptoms of BDD (9.1%) (P = 0.03). However, there was a higher prevalence of exclusive functional rhinoplasty objective among patients without symptoms of BDD (29%), whereas greater search for aesthetic rhinoplasty rhinoplasty was found in the group with severe symptoms of BDD (9.1%). (p = 0.03)

The scores obtained in the BDDE, NOSE and ROE questionnaires were also compared among groups at the preoperative visit (Table 2). The mean BDDE score of all participants was 78.94 (\pm 2.46), 32 (\pm 2.14) for patients without symptoms of BDD, 89 (\pm 2.83) for mild-moderate symptoms and 114 (\pm 6.48) for severe symptoms (P < 0.001). Quality of life specific to nasal obstruction (NOSE scores) were comparable among groups, however, there was a difference in aesthetic satisfaction (ROE scores) among patients without symptoms of BDD *versus* mild to moderate and without symptoms *versus* severe symptoms (P = 0.01 and <0.001, respectively).

Table 2. Preoperative score of BDDE, NOSE and ROE questionnaires according to the severity of the symptoms of BDD. (n = 131)

	BDDE	ROE	NOSE
	mean	mean	mean
	(±SE)^a	(±SE)^b	(±SE)
Without Symptoms	32.90	37.75	68.64
(n=81)	(2.14)	(16.68)	(22.62)
Mild-moderate symptoms	89.02	29.27	68.33
(n=39)	(2.83)	(14.44)	(27.0)
Severe symptoms (n=11)	114.90	21.96	64.54
	(6.48)	(12.51)	(34.31)

^a ANOVA (Analysis of variance) for comparison of means (P<0.01).

^b ANOVA - groups without symptoms vs. mild-moderate (P = 0.01), group without symptoms vs. severe (P<0.01)

SE = standard error

Preoperatively, BDDE scores were 30.39 (± 30.77) for functional rhinoseptoplasty patients *versus* 62.49 (± 34.05) for associated functional and aesthetic ones and 71.83 (± 41.30) for the exclusively aesthetic patients (P<0,02 and P <0.001, respectively).

BDDE

There was a significant difference in the BDDE score between groups in the preoperative phase: group without symptoms of BDD 32.9 (± 2.14), with mild-moderate symptoms 89.02 (± 2.83) and with severe symptoms 114.90 (± 6.48). (P =

0.001). During follow-up, the difference in BDDE score between preoperative visits *versus* 3 months postoperative and preoperative *versus* 6 postoperative months was significant for all groups ($P = 0.002$), however no difference was found between 3 and 6 postoperative months. (Table 3, Figure 1)

NOSE

NOSE scale mean score was 50.91 (± 33.88), ranging from 0 to 100. Although there was a significant difference between the pre and postoperative values, the variation of the scores was similar between patients without BDD, with mild-moderate BDD and severe BDD. ($P < 0.001$) (Table 4)

Table 3. Comparison of preoperative BDDE scores, 3 months and 6 months after surgery, according to the severity of preoperative BDD symptoms.

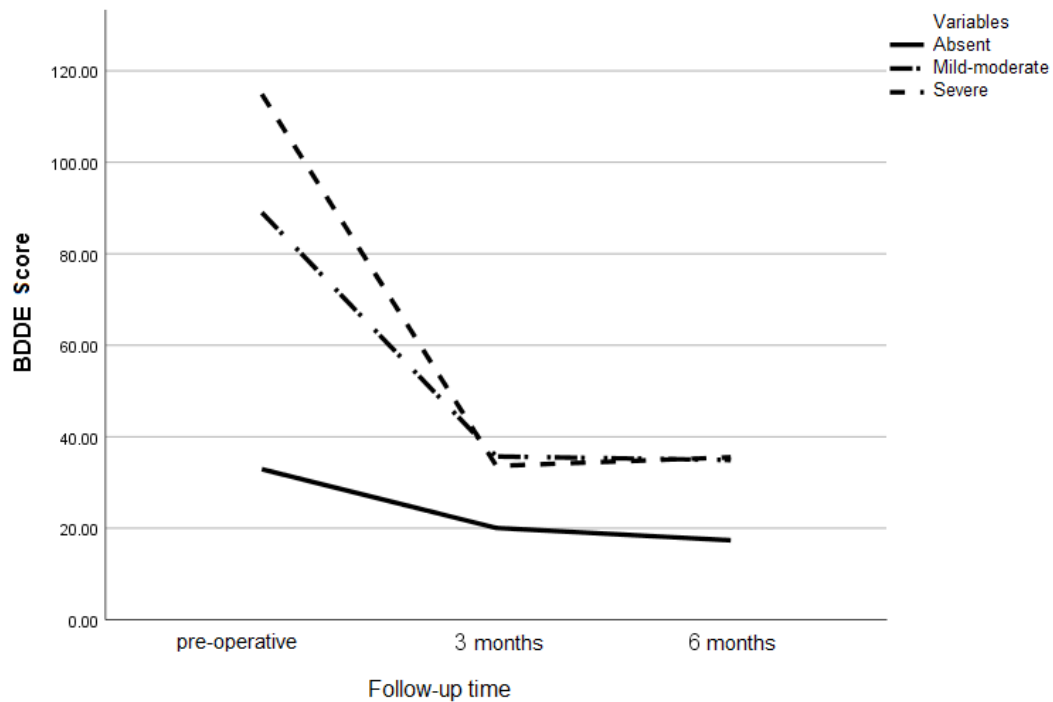
BDDE	Preoperative, mean (\pmSE)^a (n=132)	3 months post-operative, mean (\pmSE) (n=77)	6 months postoperative mean(\pmSE) (n=68)
Without symptoms	32.90 (2.14) ^b	20.06 (3.19)	17.36 (2.93)
Mild-moderate symptoms^b	89.02 (2.83)	35.68 (5.77)	34.91 (7.10)
Severe symptoms	114.90 (6.48)	45.16 (18.06)	54.25 (16.03)
Total	78.94 (2.46)	33.63 (6.41)	35.51 (5.92)

^a Generalized Estimating Equations (GEE), $P < 0.001$ for all groups throughout the follow-up.

^b Generalized Estimating Equations (GEE), statistical significance for all groups between preoperative visits vs. 3 months and preoperative vs. 6 months ($P = 0.002$), with no difference between groups 3 months vs. 6 months

SE = standard error

Figure 1. Variation of preoperative BDDE scores, 3 months and 6 months after surgery, according to the severity of BDD symptoms in the preoperative phase.



BDDE scores, mean (±SE): group without symptoms BDD in the preoperative phase 32.9(±2.14); 3 months 20.06(±3,19); 6 months 17.36 (±2,93) ; mild-moderate preoperative symptoms 89.02 (2,83); 3 months 35.68 (±5,77); 6 months 34.91 (±7,10); severe preoperative symptoms 114,90 (±6,48); 3 months 45.16 (±18,06); 6 months 54.25 (±16,03).

SE = Standard error

Table 4. Comparison of preoperative NOSE scores and 6 months after surgery, according to the severity of preoperative BDD symptoms.

NOSE	Preoperative, mean (\pmSE)^a (n=130)	6 months postoperative mean(\pmSE) (n=75)	Total, mean(\pmSE) (n=130)
Without symptoms ^a	68.61 (2.49)	19.92 (3.87)	29.51 (1.65)
Mild-moderate symptoms ^a	66.41 (4.60)	22.67 (4.81)	44.54 (3.29)
Severe symptoms ^a	71.0 (8.47)	36.11 (12.10)	53.55 (9.59)

^a Generalized Estimating Equation (GEE), P<0.01 for all groups during follow-up.

SE = standard error

ROE

The mean score was 56.75 (\pm 26.56) points, ranging from 4.17 to 100. When evaluating each visit, we observed a significant variation between the groups: without symptoms *versus* severe BDD (77.09 *versus* 58.59 and 79.56 *versus* 52.02, P=0.004 and 0.05 respectively) and mild-moderate *versus* severe (74.01 *versus* 58.59 and 71.25 *versus* 52.02, P<0.001 and 0.009 respectively) after 3 and 6 months of postoperative follow-up, respectively.

The comparison of the intragroup scores during follow-up showed a significant difference (P<0.001) between the preoperative score *versus* 3 months (without symptoms 37.7 *versus* 77.09, mild-moderate symptoms 29.9 *versus* 74.01 and severe symptoms 21.2 *versus* 58.5) and preoperative *versus* 6 months for all groups (without symptoms 37.7 *versus* 79.5, mild-moderate symptoms 29.9 *versus* 71.2 and

severe symptoms 21.2 *versus* 52.02), without variation between 3 and 6 postoperative months. (Table 5)

Table 5. Comparison of preoperative ROE scores, 3 months and 6 months after surgery, according to the severity of preoperative BDD symptoms.

ROE	Pre-operative, mean (±SE) (n=130)	3 months mean(±SE) (n=91)^a	6 months mean(±SE) (n=75)^b	Total, mean (±SE) (n=296)
Without symptoms^c	37.77 (1.84)	77.09 (2.20)	79.56 (2.12)	64.81 (1.32)
Mild-moderate symptoms^c	29.91 (2.18)	74.01 (3.58)	71.25 (3.59)	58.39 (2.35)
Severe symptoms^c	21.24 (3.88)	58.59 (5.33)	52.02 (5.41)	43.95 (3.52)

^a Generalized Estimating Equations (GEE), P = 0.004 and P = 0.05, between groups without symptoms vs. severe and mild-moderate vs. severe, respectively.

^b Generalized Estimating Equations (GEE), P <0.001 and 0.009 for groups without symptoms vs. severe and mild-moderate vs. severe, respectively

^c Generalized Estimating Equations (GEE), P <0.001 for difference between preoperative scores vs. 3 months and preoperative vs. 6 months in all groups

SE = standard error

DISCUSSION

Nasal appearance is among the main preoccupations of the patients affected by BDD, leading them to frequently search for rhinoseptoplasty. Most studies report a prevalence ranging from 6 to 54%.⁽⁴⁻⁷⁾ The prevalence in our study agrees with those previously performed in population candidates for aesthetic surgeries, revealing a score of BDD symptoms in 38% of the patients, and 8% presented severe BDD scores. Although Brazil is one of the world leaders in aesthetic procedures, the literature is scarce in national data on rhinoseptoplasty and BDD. Felix et al in 2013 presented data from 31 Brazilian patients, exclusively females, with occurrence of BDD symptoms in 59% and 21% of them had scores for severe BDD symptoms.⁽²⁴⁾ This rate is high when compared to the general population (about 2%) and, therefore, it becomes substantial to investigate and detail this disorder and its impact on symptoms and outcomes.

Another crucial finding of our study was the significant decrease in the scores of BDD symptoms related to the preoperative period (in the preoperative comparison at 3 months follow-up, a reduction of 12.84 points for the group without symptoms of BDD, 53.34 points for the group with mild-moderate symptoms and 60.65 for the group with severe symptoms). Although most of the literature suggest unsatisfactory results and worsening of the BDD with rhinoseptoplasty, our results indicated that severity of BDD is not associated with surgical satisfaction, since there was also a reduction in the BDD symptom scores after the surgery of the surgical procedure.

(7,8,11,14)

These results agree with the previous Brazilian study, which showed complete remission of BDD symptoms in 81% of patients with mild-moderate scores and postoperative satisfaction in 90% after 1 year of surgery.^(7,24) The total BDDE scores in our sample are comparable to those presented by Felix et al.⁽²⁴⁾ both preoperatively (78.94 ± 2.4 vs. 107.2 ± 18.2 , respectively) and in follow-up ($33, 63 \pm 6.41$ in 3 months vs. 52.8 ± 24.3 in 12 months, respectively), although they did not include male patients.

Among the characteristics evaluated in the preoperative period, only the purpose of the surgery was associated with the severity of BDD. We found higher BDDE scores in patients with aesthetic complaints (isolated or associated with functional ones), as described by Picavet.⁽⁸⁾

In addition, the preoperative satisfaction with the nasal appearance measured by the ROE score was significantly lower in the group with scores for BDD symptoms. Also, there was a significant postoperative increase in nasal satisfaction, measured by the ROE questionnaire, in all groups (in preoperative comparison with 3 months follow-up, an increase of 39.32 points for the group without symptoms, 44.1 points among patients with mild-moderate symptoms and 30.78 points for patients with severe symptoms).

Moreover, during follow-up, we observed a significant reduction in nasal obstruction scores (NOSE) for all groups with no difference during 3 and 6 months visits. Our findings suggest that even patients with BDD can improve quality of life related to nasal obstruction after rhinoplasty, independently to the severity of BDD symptoms. Thus, having a positive screening for BDD does not necessarily mean worse postoperative outcomes. One of the main limitations of the study is the short

term follow-up. However, since quality of life outcomes were similar on 3 and 6 months assessments, one can suppose that the results should be stable over time, what should be confirmed in future studies. Also, it is important to highlight that, although we had losses of follow-up over time, our sample remained higher than the value initially calculated to detect differences among groups.

CONCLUSION

The prevalence of BDD symptoms in our sample was high (38%). Rhinoseptoplasty was associated with an improvement in quality of life outcomes related to nasal function and aesthetic in all groups, irrespective of the presence and intensity of BDD symptoms. Rhinoseptoplasty in BDD symptomatic patients was also associated with a reduction in postoperative BDD symptoms, even in severe cases.

Financial funding: Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) from Hospital de Clínicas de Porto Alegre and Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Conflict of interests: none

REFERENCES

1. American, Psychiatric Association W. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edn. 2013. 123-155 p.

2. ISAPS [Internet]. Available from:
<https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/3>.
 Ramos KP, Yoshida EMP. Assessment Scale for Body Dysmorphic Disorder (AS-BDD): psychometric properties. *Psicol. Reflex. Crit.*[online]. 2012, vol.25(1):1-10.
4. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1988 Nov;45(11):977–86. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3263101>
5. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatry*. 2003;18(7):365–8.
6. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7):167–80.
7. Picavet VA, Gabriëls L, Grietens J, Jorissen M, Prokopakis EP, Hellings PW. Preoperative symptoms of body dysmorphic disorder determine postoperative satisfaction and quality of life in aesthetic rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2013;131(4):861–8.
8. Picavet VA, Prokopakis EP, Gabriëls L, Jorissen M, Hellings PW. High prevalence of body dysmorphic disorder symptoms in patients seeking rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2011;128(2):509–17.
9. Dey JK, Ishii M, Phillis M, Byrne PJ, Boahene KDO, Ishii LE. Body Dysmorphic Disorder in a Facial Plastic and Reconstructive Surgery Clinic. *JAMA Facial Plast Surg* [Internet]. 2015 Mar 1;17(2):137. Available from:
<http://archfaci.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamafacial.2014.1492>
10. Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188(3):170–5.
11. Sahin C, Yilmaz O, Bayram Y, Karagoz H, Sever C, Kulahci Y, et al. Patient Selection in Plastic Surgery: Recognizing Body Dysmorphic Disorder. *Arch Clin Exp Surg* [Internet]. 2013;2(2):109. Available from:
<http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=21402>
12. Ziglinas P, Menger DJ, Georgalas C. The body dysmorphic disorder patient: To perform rhinoplasty or not? *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. 2014;271(9):2355–8.
13. Lekakis G, Picavet VA, Gabriëls L, Grietens J, Hellings PW. Body Dysmorphic Disorder in aesthetic rhinoplasty: Validating a new screening tool. *Laryngoscope*. 2016;126(8):1739–45.
14. Biraben-Gotzamanis L, Aouizerate B, Martin-Guehl C, Grabot D, Tignol J. Body dysmorphic disorder et chirurgie esthétique : réévaluation de 24 sujets ayant un défaut minime de l'apparence 5 ans après leur demande de chirurgie esthétique. *Presse Med* [Internet]. 2009 Jul;38(7–8):1062–7. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498209001092>

15. Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg*. 2003;56(6):546–51.
16. Lavinsky-Wolff M, Camargo HL, Barone CR, Rabaioli L, Wolff FH, Dolci JEL, et al. Effect of turbinate surgery in rhinoseptoplasty on quality-of-life and acoustic rhinometry outcomes: A randomized clinical trial. *Laryngoscope* [Internet]. 2013 Jan;123(1):82–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/lary.23628>
17. De Brito MJA, Nahas FX, Ortega NRS, Cordás TA, Dini GM, Neto MS, et al. Support system for decision making in the identification of risk for body dysmorphic disorder: A fuzzy model. *Int J Med Inform* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2013;82(9):844–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.04.007>
18. Izu SC, Kosugi EM, Lopes AS, Brandão KV, Sousa LBG, Suguri VM, et al. Validation of the Rhinoplasty Outcomes Evaluation (ROE) questionnaire adapted to Brazilian Portuguese. *Qual Life Res* [Internet]. 2014 Apr 1;23(3):953–8. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-013-0539-x>
19. Izu SC, Kosugi EM, Brandão KV, Lopes AS, Garcia LBS, Suguri VM, et al. Normal values for the Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) questionnaire. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 78(4):76–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22936141>
20. Stewart MG, Witsell DL, Smith TL, Weaver EM, Yueh B, Hannley MT. Development and validation of the Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale. *Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2004 Feb;130(2):157–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14990910>
21. Stewart MG, Smith TL. Objective versus subjective outcomes assessment in rhinology. *Am J Rhinol* [Internet]. 19(5):529–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16270610>
22. Bezerra TFP, Padua FGM, Pilan RRM, Stewart MG, Voegels RL. Cross-cultural adaptation and validation of a quality of life questionnaire: the Nasal Obstruction Symptom Evaluation questionnaire. *Rhinology* [Internet]. 2011 Jun;49(2):227–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21743882>
23. Guimarães LSP, Hirakata VN. Uso do modelo de equações de estimativas generalizadas na análise de dados longitudinais. *Rev HCPA*. 2012;32(4):503–11.
24. Felix GAA, De Brito MJA, Nahas FX, Tavares H, Cordás TA, Dini GM, et al. Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*. 2014;67(5):646–54.

8. ARTIGO ORIGINAL EM PORTUGUÊS

Título: Rinosseptoplastia e Transtorno Dismórfico Corporal: avaliação da satisfação estética e funcional pós-operatória

Autores: Rabaioli LR^{1,2}, Oppermann PO², Paseto NP³, Gomes CF³, Bernardi BL³, Migliavacca RO², Lavinsky-Wolff, M^{1,2}.

¹ Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

² Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) em candidatos à rinosseptoplastia e comparar desfechos de satisfação estética e funcional entre pacientes com e sem sintomas de TDC. **Delineamento:** Estudo de coorte. **Métodos:** Foram incluídos indivíduos ≥ 16 anos, candidatos à

rinosseptoplastia estética e/ou funcional em hospital universitário no sul do Brasil. A prevalência de TDC foi avaliada através do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) e os pacientes divididos nos grupos sem sintomas de TDC, sintomas leve-moderados e severos. Os desfechos de qualidade de vida específica, *Nasal Obstruction Symptom Evaluation* (NOSE) e *Rhinoplasty Outcome Evaluation* (ROE), foram avaliados antes, após 90 e 180 dias do procedimento. **Resultados:** Foram incluídos 131 indivíduos, 59,5% do sexo feminino. A prevalência de sintomas pré-operatórios de TDC foi 38%. Houve redução dos sintomas de TDC no BDDE pré-operatório vs. 3 e 6 meses em todos os grupos [78,94(±2,46) vs. 33,63(±6,41) e 35,51(±5,92), respectivamente, $p < 0,002$]. Entre os pacientes com sintomas de TDC severo o ROE variou de 21,24(±3,88) para 58,59(±5,83) aos 3 meses e 52,02(±5,41) aos 6 meses pós-operatório ($p < 0,001$); enquanto o NOSE de 71(±8,47) para 36,11(±12,10) aos 6 meses pós-operatório ($p < 0,01$). **Conclusão:** A prevalência de sintomas de TDC em nossa amostra foi alta (38%). A rinosseptoplastia foi associada a uma melhora nos resultados de qualidade de vida relacionada à função nasal e estética em todos os grupos, independentemente da presença e intensidade dos sintomas do TDC. A rinosseptoplastia também foi associada à redução dos sintomas de TDC no pós-operatório, mesmo em casos graves.

Palavras-chave: Transtorno Dismórfico Corporal; Rinoplastia; Cirurgia Plástica.

INTRODUÇÃO

A rinosseptoplastia é uma cirurgia frequentemente realizada na otorrinolaringologia e cirurgia plástica facial, visando alterar a forma ou aparência do nariz, preservando ou melhorando sua funcionalidade e perviedade ao fluxo aéreo.

(1) Nos últimos anos, a procura por cirurgias estéticas têm se elevado de forma extremamente significativa: de acordo com dados publicados pela *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS), o Brasil foi o segundo país em número de procedimentos cirúrgicos estéticos no ano de 2017. (2) Ao analisarmos isoladamente a rinoplastia, houve um incremento de 11% em relação ao ano de 2016 e o Brasil foi o país que mais realizou o procedimento em 2017, responsável por 10,4% do total mundial (mais de 74 mil cirurgias). (3)

Para algumas pessoas, a busca da perfeição corporal pode ser confundida com felicidade e realização, provocando grandes frustrações quando não atingida. É sabido que a maioria das pessoas possui certo grau de insatisfação em relação a alguma característica de sua aparência. Entretanto, quando se leva em consideração a ênfase dada à beleza pela cultura atual, é fato que o risco para o desenvolvimento de uma patologia seja alto. Assim, pessoas que procuram mudar constantemente aspectos de sua aparência física e estão sempre insatisfeitas com os resultados de tratamentos e cirurgias estéticas têm alta probabilidade de possuírem uma patologia descrita como transtorno dismórfico corporal (TDC).(3)

O TDC caracteriza-se por extrema insatisfação com a imagem corporal provocada pela distorção cognitiva da autoimagem, ou seja, os indivíduos

acometidos são preocupados com um ou mais defeitos mínimos ou até mesmo inexistentes em sua aparência física, a qual acreditam parecer feia, anormal ou deformada. As preocupações são intrusivas, indesejadas, tomam tempo (ocorrendo, em média, de 3 a 8 horas por dia) e geralmente são difíceis de resistir ou controlar.(3)

A prevalência é estimada em 2,5% da população geral, porém entre candidatos à cirurgia plástica pode variar entre 6 a 54% conforme a literatura. (4–7) Essa grande variabilidade nas taxas de prevalência de transtorno dismórfico corporal em um cenário cosmético pode ser atribuída à diferença na interpretação e aplicação dos critérios diagnósticos e também por discrepâncias socioculturais.(8) Apesar de a gravidade dos sintomas ser bastante variável, essas preocupações distorcidas provocam sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento pessoal, social e profissional, podendo levar a depressão, ansiedade, ideação suicida e comportamento social esquivo, com comprometimento da qualidade de vida.(9,10) A maioria dessas pessoas se submete a tratamentos estéticos, porém parece haver uma resposta pobre a tais tratamentos e por vezes agravamentos dos sintomas. (1)

Em virtude da elevada prevalência do transtorno dismórfico corporal na população candidata a cirurgias estéticas, o cirurgião deve estar apto a avaliar características psicológicas, motivações e expectativas com a cirurgia ainda no período pré-operatório, visando diferenciar os pacientes com real indicação para o tratamento cirúrgico daqueles acometidos por desordens psiquiátricas capazes de interferir na autopercepção corporal, evitando a realização de procedimentos desnecessários com resultados cirúrgicos insatisfatórios.(6,11) A escassez de

evidências na literatura acerca do assunto justifica a realização de um estudo para determinar a prevalência do TDC em candidatos à rinosseptoplastia, bem como impacto nos desfechos pós-operatórios.

Estudos já realizados apresentam conclusões inconsistentes: alguns relatam benefícios discretos com os resultados cirúrgicos, enquanto outros evidenciam exacerbação sintomática no pós-operatório. Alguns autores afirmam até mesmo que o TDC seria uma contraindicação cirúrgica, de encontro a outros que sugerem resultados satisfatórios. (6,12–14) A grande maioria dos relatos clínicos e estudos retrospectivos revelam que pacientes com TDC apresentam baixo grau de satisfação e deterioração dos sintomas do transtorno. Os piores resultados costumam ser descritos naqueles pacientes com múltiplas cirurgias. (7,14,15) Os objetivos do presente estudo são descrever a prevalência de TDC em candidatos à rinosseptoplastia estética e/ou funcional e comparar desfechos de satisfação estética e funcional em pacientes com e sem sintomas de TDC.

Delineamento e participantes

O presente estudo foi conduzido no ambulatório de Cirurgia Plástica Facial do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital universitário de atendimento terciário no sul do Brasil, durante o período de março de 2016 a setembro de 2018. Trata-se de um estudo de coorte que incluiu pacientes de ambos os sexos, maiores de 16 anos, candidatos à rinosseptoplastia estética, funcional ou associadas. Os critérios de exclusão foram: 1) procedimentos concomitantes adicionais, como cirurgia endoscópica funcional dos seios da face, adenoidectomia, blefaroplastia ou otoplastia; 2) dificuldade cognitiva de preenchimento dos protocolos utilizados no estudo; 3) diagnóstico prévio de TDC

com ou sem tratamento, pelo risco de viés de confusão e dificuldade em mensurar os resultados dos tratamentos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brasil, sob registro #15-0520. O Termo de Consentimento Informado foi obtido de cada paciente antes da inclusão no estudo.

Tamanho da Amostra

Para estimar a prevalência de triagem positiva para TDC na população em estudo, tomou-se por base a frequência de 9% relatada no estudo realizado Joseph et al. [24] O cálculo amostral foi realizado através do Winpepi versão 11.65, adotando-se nível de confiança de 95%, resultando em amostra estimada de 126 indivíduos para análise pré-operatória.

Para a detecção de 20 pontos de diferença na escala ROE na análise comparativa entre os grupos pré e pós-operatório entre pacientes com e sem TDC, utilizando como referência os escores obtidos por Lavinsky-Wolff em 2012, a amostra foi calculada em 22 indivíduos, sendo 11 deles em cada grupo, considerando um nível de significância de 5% e um poder de 80%. (16)

Coleta de Dados e Questionários

No período de março de 2015 a outubro de 2018, foram incluídos consecutivamente 131 pacientes candidatos à rinosseptoplastia que preencheram os critérios de inclusão. Todos foram submetidos a entrevista clínica e um questionário acerca de características demográficas e basais durante a avaliação pré-operatória. Os instrumentos de avaliação abaixo descritos foram aplicados por entrevistadores treinados e cegados antes da cirurgia, 90 e 180 dias após a cirurgia.

1. *BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination)*: escala validada para o português baseada em 34 questões relativas à preocupação com a aparência, autoimagem negativa, consciência do transtorno, esquiva de atividades, camuflagem e checagem do defeito e sintomas psicológicos. Os itens são classificados em uma escala de 0 a 6, com 0 indicando a ausência de sintomas negativos de imagem corporal nas últimas 4 semanas. Os escores de 1 a 6 representam a frequência (dias) ou intensidade (leve a grave) dos sintomas. A pontuação máxima é 168 e um ponto de corte acima de 66 já indica maior grau de insatisfação com a aparência e está geralmente associado ao diagnóstico de TDC. A classificação da deformidade física percebida pelo paciente foi realizada pelos entrevistadores durante a avaliação pré-operatória. Foram considerados casos severos aqueles que preenchem o critério B do DSM-IV (a preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento), ou seja, aqueles com escores do BDDE ≥ 4 nos itens 23, 24 e (25 ou 26). (3,17)

2. *Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE)*: questionário de qualidade de vida validado em português para avaliação de resultados em pacientes submetidos à rinoplastia. É composto por seis perguntas que envolvem três domínios de qualidade de vida: físico, mental/emocional e social. De acordo com essa escala, a pontuação varia entre 0 a 100; quanto mais elevada, indica maior grau de satisfação. (18,19)

3. *Nasal Obstruction Symptom Evaluation Scale (NOSE)*: questionário com 5 itens acerca de qualidade de vida, específico para avaliar obstrução nasal em ensaios clínicos, já validado em português (NOSE-p). Uma pontuação de 0 significa

que não há problemas relacionados com obstrução nasal, enquanto pontuação de 100 significa o problema mais grave possível com obstrução nasal. (20–22)

Métodos Estatísticos

Todas as análises foram realizadas através do software SPSS versão 25. Variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão e variáveis categóricas como percentuais. O valor de $p \leq 0,05$ indica significância estatística. Para comparação de médias entre os grupos, foi usada a análise de variância (ANOVA), teste t de Student para variáveis de distribuição normal e Chi-quadrado de Pearson para as outras variáveis. Para comparações intragrupo, pré e pós-operatórias, foi usado o teste *Equações de Estimativas Generalizadas* (Generalized Estimating Equation, GEE), que avalia todas os questionários preenchidos em todas as visitas.(23)

RESULTADOS

De acordo com o escore pré-operatório no BDDE, os participantes foram divididos em três grupos: pacientes com ausência de sintomas de TDC (escore total <66), pacientes com sintomas de TDC leve-moderados (escore total ≥ 66) e pacientes com sintomas de TDC severo (escore total ≥ 66 e escores ≥ 4 nos itens 23, 24 e 25 ou 26). Os dados demográficos desses grupos estão descritos na Tabela 1.

Foram avaliados 131 pacientes, com idade média de 36,33 ($\pm 14,12$) anos, sendo 59,5% do sexo feminino. A prevalência de triagem positiva para TDC em nossa amostra pré-operatória foi de 38% (n=50). Nos pacientes sem sintomas de TDC, a idade média foi de 37 (± 14) anos; 34 (± 12) naqueles com sintomas leve-moderados e 36 (± 13) em pacientes com sintomas severos, variando entre 17 e 71 anos. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a presença

ou severidade dos sintomas de TDC e idade, sexo, presença de comorbidades, nível educacional, história de fratura nasal, cirurgia nasal prévia. No entanto, observou-se maior prevalência de objetivo funcional no grupo de pacientes sem sintomas de TDC (29%), enquanto a maior busca por rinosseptoplastia estética isolada foi encontrada no grupo com sintomas graves de TDC (9,1%).(p = 0,03).

Tabela 1. Características sociodemográficas de acordo com a severidade dos sintomas de TDC no escore pré-operatório. (n=131)

Características	Sem sintomas (n= 81)	Sintomas moderados (n=39)	leve- Sintomas severos (n= 11)
Idade, média (DP), anos	37,57 (14,36)	34,33 (12,86)	36,09 (13,75)
Sexo			
Feminino	43 (53,1%)	29 (74,4%)	6 (54,5%)
Educação (anos)			
Até 8 anos	31 (38,3%)	10 (25,6%)	4 (36,4%)
9 a 11 anos	39 (48,1%)	18 (46,2%)	4 (36,4%)
12 anos ou mais	11 (13,6%)	11 (28,2%)	3 (27,3%)
Comorbidades	35 (43,2%)	16 (41%)	2 (18,2%)
Cirurgia nasal prévia	13 (16,3%)	3 (7,7%)	1 (9,1%)
História de fratura nasal	29 (35,8%)	12 (30,8%)	6 (54,5%)
Objetivo da cirurgia			
Funcional	24 (29,6%)	4 (10,3%)	0
Estético	4 (4,9%)	1 (2,6%)	1 (9,1%)
Ambos	53 (65,4%)	34 (87,2%)	10 (90,9%)

Os escores obtidos nos questionários BDDE, NOSE e ROE também foram avaliados entre os grupos na visita pré-operatória (Tabela 2). O escore médio do BDDE de todos os participantes foi de 78,94 (DP±2,46), 32 (±2,14) para pacientes

sem sintomas de TDC, 89 ($\pm 2,83$) para sintomas leve-moderados e 114 ($\pm 6,48$) para sintomas severos ($p < 0,001$). A qualidade de vida específica para obstrução nasal (escore NOSE) foi comparável entre os grupos, entretanto houve diferença da satisfação estética (escore ROE) entre os grupos sem sintomas de TDC *versus* sintomas leve-moderados ($p=0,01$) e sem sintomas de TDC *versus* sintomas severos ($p<0,001$).

Tabela 2. Pontuação pré-operatória dos questionários BDDE, NOSE e ROE de acordo com a severidade dos sintomas de TDC. (n=131)

	BDDE	ROE	NOSE
	média	média	média
	(\pmDP)^a	(\pmDP)^b	(\pmDP)
Sem sintomas de TDC	32,90	37,75	68,64
(n=81)	(2,14)	(16,68)	(22,62)
Sintomas leve-moderados	89,02	29,27	68,33
(n=39)	(2,83)	(14,44)	(27,0)
Sintomas severos	114,90	21,96	64,54
(n=11)	(6,48)	(12,51)	(34,31)

^a ANOVA (Análise de variância) para comparação de médias ($p<0,01$).

^b ANOVA - grupos sem sintomas vs leve-moderados ($p=0,01$), grupo sem sintomas vs severo ($p<0,01$)

DP=desvio padrão

BDDE

Houve diferença significativa no escore do BDDE entre os grupos no pré-operatório: grupo sem sintomas de TDC 32,9 ($\pm 2,14$), com sintomas leves/moderados 89,02 ($\pm 2,83$) e com sintomas severos 114,90 ($\pm 6,48$). ($p=0,001$). Ao longo do seguimento, a diferença da pontuação no BDDE entre as visitas pré-operatória *versus* 3 meses pós-operatório e pré-operatória *versus* 6 meses pós-operatório foi significativa para todos os grupos ($p=0,002$), contudo não foi encontrada diferença entre as avaliações de 3 e 6 meses pós-operatórios. (Tabela 3, Figura 1)

Tabela 3. Comparação dos escores do BDDE pré-operatório, 3 meses e 6 meses após a cirurgia, de acordo com a severidade dos sintomas de TDC no pré-operatório.

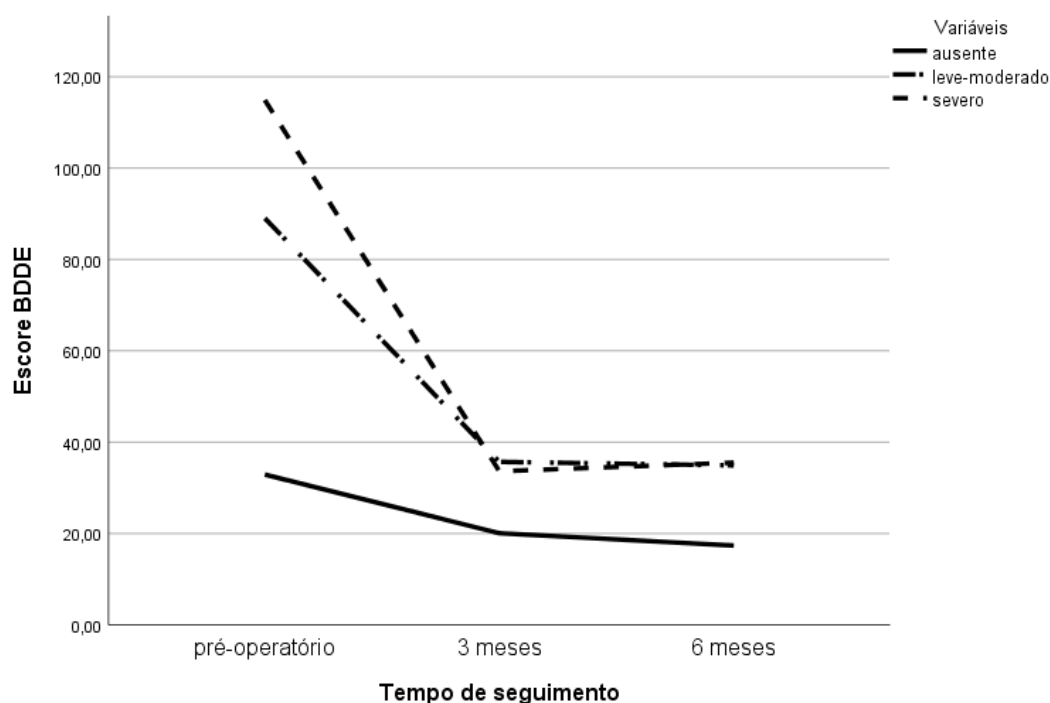
BDDE	Pré-operatório, média (\pm EP) ^a (n=132)	3 meses pós-operatório, média (\pm EP) (n=77)	6 meses pós-operatório média (\pm EP) (n=68)
Sem sintomas ^b	32,90 (2,14)	20,06 (3,19)	17,36 (2,93)
Sintomas leve- moderados ^b	89,02 (2,83)	35,68 (5,77)	34,91 (7,10)
Sintomas severos ^b	114,90 (6,48)	45,16 (18,06)	54,25 (16,03)
Total	78,94 (2,46)	33,63 (6,41)	35,51 (5,92)

^a Equações de Estimativas Generalizadas (GEE), $p<0,001$ para todos os grupos ao longo do seguimento.

^b Equações de Estimativas Generalizadas (GEE), significância estatística para todos os grupos entre as visitas pré-operatória vs 3 meses e pré-operatória vs 6 meses ($p=0,002$), sem diferença entre os grupos 3 meses vs 6 meses.

EP= erro padrão

Figura 1. Variação dos escores do BDDE pré-operatório, 3 meses e 6 meses após a cirurgia, de acordo com a severidade dos sintomas de TDC no pré-operatório



Escores do BDDE, média (\pm EP): grupo sem sintomas de TDC pré-operatório 32,9 ($\pm 2,14$); 3 meses 20,06 ($\pm 3,19$); 6 meses 17,36 ($\pm 2,93$); sintomas leve/moderados pré-operatório 89,02 (2,83); 3 meses 35,68 ($\pm 5,77$); 6 meses 34,91 ($\pm 7,10$); sintomas severos pré-operatório 114,90 ($\pm 6,48$); 3 meses 45,16 ($\pm 18,06$); 6 meses 54,25 ($\pm 16,03$).

EP= erro padrão

NOSE

A pontuação média do escore NOSE foi de 50,91 (DP±33,88), variando entre 0 e 100. Apesar de haver diferença significativa entre os valores pré e pós-operatório, a variação dos escores foi semelhante entre os pacientes sem TDC, com TDC leve/moderado e TDC severo. ($p<0,001$) (Tabela 4)

Tabela 4. Comparação dos escores do NOSE pré-operatório e 6 meses após a cirurgia, de acordo com a severidade dos sintomas de TDC no pré-operatório.

NOSE	Pré-operatório, média (±EP) (n=130)	6 meses, média (±EP) (n=75)	Total, média (±EP) (n=130)
Sem sintomas de TDC ^a	68,61 (2,49)	19,92 (3,87)	29,51 (1,65)
Sintomas leve-moderados ^a	66,41 (4,60)	22,67 (4,81)	44,54 (3,29)
Sintomas severos ^a	71,0 (8,47)	36,11 (12,10)	53,55 (9,59)

^a Equações de Estimativas Generalizadas (GEE), $p<0,01$ para todos os grupos ao longo do seguimento.

EP= erro padrão

ROE

A pontuação média foi de 56,75 (±26,56) pontos, variando entre 4,17 e 100. Ao avaliarmos cada visita, observamos uma variação significativa entre os grupos TDC ausente *versus* TDC severo [77,09 *versus* 58,59 ($p=0,004$) e 79,56 *versus*

52,02 (p=0,05)] e leve/moderado *versus* severo [74,01 *versus* 58,59 (p<0,001) e 71,25 *versus* 52,02 (p=0,09)] após 3 e 6 meses de seguimento pós-operatório, respectivamente.

A comparação dos escores intragrupo ao longo do acompanhamento demonstrou diferença significativa (p<0,001) entre a pontuação pré-operatória *versus* 3 meses (sintomas ausentes 37,7 *versus* 77,09, sintomas leve/moderados 29,9 *versus* 74,01 e sintomas severos 21,2 *versus* 58,5) e pré-operatória *versus* 6 meses para todos os grupos (sintomas ausentes 37,7 *versus* 79,5, sintomas leve/moderados 29,9 *versus* 71,2 e sintomas severos 21,2 *versus* 52,02), sem variação entre 3 e 6 meses pós-operatórios. (Tabela 5)

Tabela 5. Comparação dos escores do ROE pré-operatório, 3 meses e 6 meses após a cirurgia, de acordo com a severidade dos sintomas de TDC no pré-operatório.

ROE	Pré-operatório, média (±EPD) (n=130)	3 meses, média (±EPD) (n=91) ^a	6 meses , média (±EPD) (n=75) ^b	Total, média (±EPD) (n=296)
Sem sintomas de TDC^c	37,77 (1,84)	77,09 (2,20)	79,56 (2,12)	64,81 (1,32)
Sintomas leve-moderados^c	29,91 (2,18)	74,01 (3,58)	71,25 (3,59)	58,39 (2,35)
Sintomas severos^c	21,24 (3,88)	58,59 (5,33)	52,02 (5,41)	43,95 (3,52)

^a Equações de Estimativas Generalizadas (GEE), p=0,004 e p=0,05, entre grupos sem sintomas vs severo e leve-moderado vs severo respectivamente .

^b *Equações de Estimativas Generalizadas (GEE), $p < 0,001$ e $0,009$ para grupos sem sintomas vs severo e leve-moderado vs severo, respectivamente.*

^c *Equações de Estimativas Generalizadas (GEE), $p < 0,001$ para diferença entre os escores pré-operatório vs 3 meses e pré-operatório vs 6 meses em todos os grupos*

EP= erro padrão

DISCUSSÃO

A aparência nasal está entre os principais focos dos pacientes acometidos pelo TDC, levando-os com frequência à busca pela rinosseptoplastia. A maioria dos estudos cita prevalência variando entre 6 e 54%.^(4–7) A prevalência em nosso estudo concorda com aqueles realizados previamente em populações candidatas a cirurgias estéticas, evidenciando escore de sintomas de TDC em 38% dos pacientes, sendo 8% considerados sintomas de TDC severo. Apesar de o Brasil ser um dos líderes mundiais em procedimentos estéticos, a literatura é escassa em dados nacionais sobre rinosseptoplastia e TDC. Felix et al em 2013 apresentaram dados de 31 pacientes brasileiros, exclusivamente do sexo feminino e com ocorrência de sintomas de TDC em 59% da amostra, sendo 21% destes com escores para sintomas severos de TDC.⁽²⁴⁾ Essa taxa se apresenta elevada quando em comparação com a população geral (cerca de 2%) e, por esse motivo, torna-se substancial a investigação e detalhamento desse transtorno e seu impacto nos sintomas e resultados.

Outro achado crucial do nosso estudo foi o expressivo decréscimo dos escores de sintomas de TDC em relação ao pré-operatório (na comparação pré-operatória com 3 meses de seguimento, redução de 12,84 pontos para o grupo sem sintomas de TDC, 53,34 pontos para o grupo com sintomas leve/moderados e 60,65

para o grupo com sintomas severos). Embora a maior parte da literatura sugira resultados insatisfatórios e piora do TDC com rinosseptoplastia, nossos resultados indicaram que a gravidade do TDC não está associada à satisfação cirúrgica, uma vez que houve também redução dos escores dos sintomas do TDC após a cirurgia. (7,8,11,14)

Esses resultados concordam com estudo brasileiro prévio, o qual demonstrou remissão completa dos sintomas de TDC em 81% dos pacientes com escores leve-moderados e satisfação pós-operatória em 90% após 1 ano da cirurgia. (7,24) Os escores totais do BDDE em nossa amostra são comparáveis àqueles apresentados por Felix et al (24) tanto no pré-operatório ($78,94 \pm 2,4$ vs $107,2 \pm 18,2$, respectivamente) quanto no seguimento ($33,63 \pm 6,41$ em 3 meses vs $52,8 \pm 24,3$ em 12 meses, respectivamente), apesar de não incluírem pacientes do sexo masculino.

Entre as características avaliadas no pré-operatório, apenas o objetivo da cirurgia esteve associado com a severidade do TDC. Encontramos maiores escores do BDDE em pacientes com queixas estéticas (isoladas ou associadas a funcionais), assim como descrito por Picavet 2011. (8)

Além disso, a satisfação pré-operatória com a aparência nasal medida pelo escore ROE foi significativamente menor no grupo com escores para sintomas de TDC. Houve também um aumento significativo da satisfação nasal no pós-operatório (escore ROE) em todos os grupos (pré-operatório *versus* 3 meses de seguimento, aumento de 39,32 pontos no grupo sem sintomas, 44,1 entre os pacientes com sintomas leve-moderados e 30,78 pontos para pacientes com sintomas graves).

Durante o seguimento, observamos uma redução significativa nos escores de obstrução nasal (NOSE) para todos os grupos, sem diferença durante as visitas de 3

e 6 meses. Nossos achados sugerem que mesmo os pacientes com sintomas de TDC podem melhorar a qualidade de vida relacionada à obstrução nasal após a rinosseptoplastia, independentemente da gravidade dos sintomas do TDC. Assim, ter uma triagem positiva para sintomas de TDC não significa necessariamente piores resultados no pós-operatório.

Uma das principais limitações do estudo é o curto tempo de seguimento. Entretanto, como os resultados de qualidade de vida específica foram semelhantes nas avaliações de 3 e 6 meses, pode-se supor que os resultados devem ser estáveis ao longo do tempo, o que deve ser confirmado em estudos futuros. Além disso, é importante ressaltar que, apesar das perdas de seguimento, nossa amostra permaneceu maior que o valor inicialmente calculado para detectar diferenças entre os grupos.

CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas de TDC em nossa amostra foi alta (38%). A rinosseptoplastia foi associada a uma melhora nos resultados de qualidade de vida relacionada à função nasal e estética em todos os grupos, independentemente da presença e intensidade dos sintomas do TDC. A rinosseptoplastia também foi associada à redução dos sintomas de TDC no pós-operatório, mesmo em casos graves.

Suporte financeiro: Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Conflitos de interesse: nenhum

REFERÊNCIAS

1. American, Psychiatric Association W. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edn. 2013. 123-155 p.
2. ISAPS [Internet]. Available from: <https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/>
3. Ramos KP, Yoshida EMP. Assessment Scale for Body Dysmorphic Disorder (AS-BDD): psychometric properties. *Psicol. Reflex. Crit.*[online]. 2012, vol.25(1):1-10.
4. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1988 Nov;45(11):977–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3263101>
5. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatry*. 2003;18(7):365–8.
6. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7):167–80.
7. Picavet VA, Gabriëls L, Grietens J, Jorissen M, Prokopakis EP, Hellings PW. Preoperative symptoms of body dysmorphic disorder determine postoperative satisfaction and quality of life in aesthetic rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2013;131(4):861–8.
8. Picavet VA, Prokopakis EP, Gabriëls L, Jorissen M, Hellings PW. High prevalence of body dysmorphic disorder symptoms in patients seeking rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2011;128(2):509–17.
9. Dey JK, Ishii M, Phillis M, Byrne PJ, Boahene KDO, Ishii LE. Body Dysmorphic Disorder in a Facial Plastic and Reconstructive Surgery Clinic. *JAMA Facial Plast Surg* [Internet]. 2015 Mar 1;17(2):137. Available from: <http://archfaci.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamafacial.2014.1492>
10. Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188(3):170–5.
11. Sahin C, Yilmaz O, Bayram Y, Karagoz H, Sever C, Kulahci Y, et al. Patient Selection in Plastic Surgery: Recognizing Body Dysmorphic Disorder. *Arch Clin Exp Surg* [Internet]. 2013;2(2):109. Available from: <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=21402>
12. Ziglinas P, Menger DJ, Georgalas C. The body dysmorphic disorder patient: To perform rhinoplasty or not? *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. 2014;271(9):2355–8.

13. Lekakis G, Picavet VA, Gabriëls L, Grietens J, Hellings PW. Body Dysmorphic Disorder in aesthetic rhinoplasty: Validating a new screening tool. *Laryngoscope*. 2016;126(8):1739–45.
14. Biraben-Gotzamanis L, Aouizerate B, Martin-Guehl C, Grabot D, Tignol J. Body dysmorphic disorder et chirurgie esthétique : réévaluation de 24 sujets ayant un défaut minime de l'apparence 5 ans après leur demande de chirurgie esthétique. *Presse Med* [Internet]. 2009 Jul;38(7–8):1062–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498209001092>
15. Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg*. 2003;56(6):546–51.
16. Lavinsky-Wolff M, Camargo HL, Barone CR, Rabaioli L, Wolff FH, Dolci JEL, et al. Effect of turbinate surgery in rhinoseptoplasty on quality-of-life and acoustic rhinometry outcomes: A randomized clinical trial. *Laryngoscope* [Internet]. 2013 Jan;123(1):82–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/lary.23628>
17. De Brito MJA, Nahas FX, Ortega NRS, Cordás TA, Dini GM, Neto MS, et al. Support system for decision making in the identification of risk for body dysmorphic disorder: A fuzzy model. *Int J Med Inform* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2013;82(9):844–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.04.007>
18. Izu SC, Kosugi EM, Lopes AS, Brandão KV, Sousa LBG, Suguri VM, et al. Validation of the Rhinoplasty Outcomes Evaluation (ROE) questionnaire adapted to Brazilian Portuguese. *Qual Life Res* [Internet]. 2014 Apr 1;23(3):953–8. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-013-0539-x>
19. Izu SC, Kosugi EM, Brandão KV, Lopes AS, Garcia LBS, Suguri VM, et al. Normal values for the Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) questionnaire. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 78(4):76–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22936141>
20. Stewart MG, Witsell DL, Smith TL, Weaver EM, Yueh B, Hannley MT. Development and validation of the Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale. *Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2004 Feb;130(2):157–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14990910>
21. Stewart MG, Smith TL. Objective versus subjective outcomes assessment in rhinology. *Am J Rhinol* [Internet]. 19(5):529–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16270610>
22. Bezerra TFP, Padua FGM, Pilan RRM, Stewart MG, Voegels RL. Cross-cultural adaptation and validation of a quality of life questionnaire: the Nasal Obstruction Symptom Evaluation questionnaire. *Rhinology* [Internet]. 2011 Jun;49(2):227–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21743882>
23. Guimarães LSP, Hirakata VN. Uso do modelo de equações de estimativas generalizadas na análise de dados longitudinais. *Rev HCPA*. 2012;32(4):503–11.

24. Felix GAA, De Brito MJA, Nahas FX, Tavares H, Cordás TA, Dini GM, et al. Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg.* 2014;67(5):646–54.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura e com nossos estudo, o TDC apresenta elevada prevalência nos pacientes em busca de cirurgias estéticas, quando em comparação com a população geral.

Nossos resultados demonstram que, através dos escores de questionários de satisfação estética e funcional com o nariz, a rinosseptoplastia não se relacionou a piores resultados no pós-operatório de pacientes com sintomas de TDC,

Além disso, a rinosseptoplastia foi associada a ganho funcional na respiração, melhora dos escores de satisfação nasal e redução dos sintomas de TDC, até mesmo para aqueles com sintomas graves.

Mais estudos são necessários para confirmação dos achados e ampliação de conhecimentos neste tema, visto que a literatura científica bem delineada, com validade externa e seguimento adequado é escassa. Através da melhor compreensão do impacto do TDC na rinosseptoplastia, será possível fundamentar condutas e alinhar expectativas, estabelecendo maior segurança ao cirurgião e ao paciente.

10. ANEXOS

ANEXO A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Transtorno dismórfico corporal e rinosseptoplastia

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Transtorno dismórfico corporal e rinosseptoplastia”.

Justificativa e objetivos: A insatisfação com a própria imagem e o desejo de mudança são frequentes na população em geral. O transtorno dismórfico corporal se caracteriza pela preocupação excessiva com defeitos estéticos mínimos ou mesmo inexistentes. Existem estudos realizados nesses pacientes mostrando resultados contraditórios: alguns referem melhora importante na satisfação com a autoimagem enquanto outros demonstram piora dos sintomas. Estamos realizando esse estudo com o objetivo de avaliar a influência da satisfação com a aparência corporal nos resultados da cirurgia de rinosseptoplastia estética.

Procedimento: Os pacientes candidatos a rinosseptoplastia estética serão submetidos ao preenchimento de questionários e protocolos para avaliação da satisfação com sua imagem corporal, bem como de aspectos relacionados a qualidade de vida geral nas consultas pré e pós-operatórias. Esses questionários serão aplicados durante as consultas de rotina por pesquisadores treinados, os quais não terão acesso aos resultados do estudo. A rotina de atendimento ambulatorial e procedimentos cirúrgicos não sofrerá modificações. Se você por qualquer motivo preferir não participar desse estudo, isso não terá nenhuma influência negativa na qualidade de seu atendimento. Duração do estudo e acompanhamento: O acompanhamento das consultas será realizado pelo médico assistente da equipe do serviço de Otorrinolaringologia, bem como pelo pesquisador responsável. A duração da pesquisa é de pelo menos 6 meses, com a participação

se iniciando na consulta pré-operatória e sendo reavaliada nas consultas de 3 e 6 meses pós-operatório. O seguimento sistemático dos pacientes submetidos a cirurgia ocorre pelo período mínimo de 2 anos, quando poderão ainda ser aplicados os questionários para estudos dos resultados a longo prazo.

Benefícios: O benefício dessa pesquisa aos participantes ocorrerá de forma indireta, ao ampliar conhecimentos sobre a prevalência do transtorno dismórfico corporal na população candidata a rinosseptoplastia estética, bem como sua influência nos resultados pós-operatórios. Dessa forma, será possível ajudar a determinar para os pacientes futuros se há benefícios em submetê-los a cirurgia mesmo na presença do transtorno.

Riscos: Todos os pacientes, independente da aceitação em participar da pesquisa ou não, serão acompanhados em longo prazo e terão acesso as opções de tratamento disponíveis para que se atinja o melhor resultado possível. O número de consultas e o tempo de seguimento não serão modificados, independente da participação ou não no estudo. Não há riscos adicionais em participar da pesquisa. Podemos considerar como desconforto aos pacientes participantes do estudo a aplicação de questionários com perguntas de caráter pessoal, além do incremento do tempo da consulta assistencial destinado à aplicação dos instrumentos.

Voluntariedade: A participação no estudo é totalmente voluntária, não havendo nenhum custo ou pagamento.

Mesmo após ter assinado esse termo de consentimento há possibilidade de abandonar o projeto e solicitar a retirada de suas informações do banco de dados a qualquer momento do estudo, se assim for o seu desejo. A desistência não acarretará em nenhum prejuízo ao vínculo do paciente com a instituição Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Ressarcimento: Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo.

Confidencialidade: Os pesquisadores se comprometem a manter em sigilo as informações obtidas no decorrer da pesquisa, incluindo os dados de identificação pessoal. Os resultados serão divulgados em publicações especializadas na área

médica, de maneira agrupada, sem a identificação dos indivíduos que participaram do estudo.

Esclarecimentos: O investigador principal, assim como os demais investigadores, estarão sempre a disposição para responder e esclarecer a todas as dúvidas que possam surgir previamente, ao longo do estudo ou após o término desse, através do contato com os mesmos no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone (51)3359.8249. Além disso, o Comitê de Ética em Pesquisa poderá ser contatado para esclarecimento de dúvidas, através do telefone (51) 3359.7640, das 8h às 17h. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante e a outra mantida pelo grupo de pesquisadores.

Consentimento:

Eu, _____,
(participante e/ou responsável legal, caso menor de idade)

após receber as explicações que me fizeram ciente quanto ao projeto de pesquisa intitulado “Transtorno dismórfico corporal e rinosseptoplastia” concordo voluntariamente em participar do mesmo.

Nome do participante

Assinatura

Nome do responsável (se aplicável)

Assinatura

Nome do pesquisador

Assinatura

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, _____ de _____ de 20__.

ANEXO B. PROTOCOLO DE CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA

Data: ___ / ___ / ___

PROTOCOLO CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA

IDENTIFICAÇÃO

3. Prontuário:

4. Data de Nascimento:

4. Sexo : (1) M (2) F

5. Cor: (1) Branca (2) Negra

6. Telefones:

7. Endereço:

Convencional:

Telefone celular:

8. Nível educacional:

(1) 1º grau incompleto

(2) 1º grau completo

(3) 2º grau incompleto

(4) 2º grau completo

(5) superior incompleto

(6) superior completo

9. Qual a sua ocupação: _____

10. Você tem algum outro problema de saúde? (1) sim (2) não

11. Qual (is)?

12. Você usa alguma medicação todos os dias? (1) sim (2) não

13. Qual (is)?

14. Você já quebrou o nariz alguma vez na vida? (1) sim (2) não

15. Com que idade? _____ anos (9) não se aplica

16. Já fez alguma cirurgia nasal no passado? (1) Sim (2) Não

17. Qual cirurgia? _____ Em que ano _____

Qual cirurgia? _____ Em que ano _____

Qual cirurgia? _____ Em que ano _____

18. O seu objetivo com a cirurgia proposta é principalmente:

(1) Melhorar o aspecto estético do seu nariz

(2) Melhorar a qualidade da respiração pelo nariz

(3) Ambos

19. Você tem obstrução nasal? (1) sim (2) não – **pule para a questão 22**

O seu problema de obstrução nasal é :

20. (1) unilateral (2) bilateral

21. (1) constante (2) intermitente

22. Você tem algum dos sintomas a seguir por pelo menos uma hora na maioria dos dias (ou na maioria dos dias durante alguma estação do ano)?

Se todas não - pular para 26

Coriza	Sim	Não
Espirros	Sim	Não
Obstrução nasal	Sim	Não
Coceira no nariz	Sim	Não
Conjuntivite, coceira nos olhos	Sim	Não

23. Os seus sintomas acontecem com freqüência:

(1) menor de 4 dias/semana (2) maior de 4 dias/ semana

24. Os seus sintomas normalmente duram:

(1) menos de 4 semanas consecutivas (2) mais de 4 semanas consecutivas

25. Os seus sintomas nasais atrapalham alguma das seguintes atividades?

25.1 Sono? (1) sim (2) não

25.2 Atividades diárias, esportes? (1) sim (2) não

25.3 Desempenho no trabalho ou na escola? (1) sim (2) não

26. Você está usando algum tratamento para alergia no seu nariz?

(1) sim (2) não (9) não sei

27. Está usando spray com corticóide tópico ?

(1) sim (2) não - **pular para a questão 33**

28. Qual? _____

29. Quantos jatos? _____

30. Quantas vezes por dia? _____

31. Você usa o spray com corticóide:

(1) Todos os dias (2) Só quando tem sintomas (3) Só quando lembra

32. Você diria que usou o spray nasal na dose e freqüência recomendada no último mês:

(1) Menos de 7 dias consecutivos

(2) Entre 7 e 15 dias consecutivos

(3) Mais de 15 dias mas menos de 30 dias consecutivos

(4) Todos os dias

33. Você realiza lavagem nasal com soro fisiológico em seu nariz?

(1) sim (2) não

34. Quantas vezes ao dia?
35. Você precisou usar algum remédio via oral para alergia no último mês?
(1) sim (2) não. Qual? _____
36. Quantas vezes no último mês?
37. Você tem intenção de fazer alguma mudança estética na forma de seu nariz?
(1) sim (2) não
38. Em termos estéticos, qual dos problemas em seu nariz que você considera principal?
Numero-os de 1 a 6 em ordem de importância.
- () Tamanho do nariz:
 - () Ponta nasal:
 - () Assimetrias:
 - () Dorso:
 - () Largura:
 - () Narinas :

ANEXO C. QUESTIONÁRIO BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination)

1. DESCRIÇÃO DE PROBLEMA NA APARÊNCIA FÍSICA:

*** O que você não tem gostado na sua aparência no último mês?**

Instruções: O entrevistado deverá nomear uma característica física. Se o entrevistado reclamar de características do corpo inteiro ou grandes regiões, peça ao entrevistado para localizar a reclamação dele ou dela o máximo possível.

Peça ao entrevistado para descrever a característica que ele não gosta em detalhes. Embora você deva tomar nota de comentários de julgamento, como “isto é feio”, “este _____ é asqueroso”, entre outros, esteja seguro de pedir ao entrevistado que descreva sobre o que é a característica “feia” ou “asquerosa” em condições mais objetivas. Em alguns casos, isolar uma única reclamação não caracteriza a preocupação principal do entrevistado. Permita ao entrevistado referir uma combinação de características para uma área.

2. DEFEITO FÍSICO OBSERVÁVEL (SE POSSÍVEL, SOLICITAR QUE O ENTREVISTADO MOSTRE O PROBLEMA DE APARÊNCIA, A NÃO SER EM CASOS EM QUE ISTO SEJA MUITO CONSTRANGEDOR PARA ELE[A]).

Instruções: Informe a presença de um defeito observável.

0 Nenhum problema de aparência observável.

1 Problema informado é observável, embora não raro ou anormal (por exemplo, um nariz grande, sobrepeso moderado).

2 Problema informado definitivamente é anormal (por exemplo, perna amputada, cicatrizes de queimaduras, obesidade severa).

3 Nenhuma oportunidade para observar o problema.

3. RECLAMAÇÕES DE 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 Sentiu-se ligeiramente chateado somente quando certas pessoas notaram.
- 2 Sentiu-se ligeiramente chateado quando qualquer um notou
- 3 Sentiu-se medianamente chateado quando certas pessoas notaram.
- 4 Sentiu-se medianamente chateado quando qualquer um que notou.
- 5 Sentiu-se enormemente chateado quando certas pessoas notaram
- 6 Sentiu-se enormemente chateado quando qualquer um notou.

14. FREQUÊNCIA RELACIONADA AO COMENTÁRIO DE OUTROS

*** Durante o último mês, com que frequência alguém fez tanto um comentário positivo quanto negativo sobre seu (a) _____?**

Instruções: Não inclua os comentários de avaliação que foram aparentemente solicitados pelo entrevistado.

- 0 Nunca aconteceu.
- 1 1 a 3 vezes/mês
- 2 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes a cada semana.
- 3 8-11 vezes/mês
- 4 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
- 5 17-21 vezes/mês
- 6 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

15. ANGÚSTIA RELACIONADA AO COMENTÁRIO DE OUTROS

*** Quanto você ficou chateado quando alguém fez um comentário sobre seu (a) _____?**

- 0 Não ficou chateado ou outras pessoas não comentaram.
- 1 Sentiu-se ligeiramente chateado somente quando certas pessoas comentaram.
- 2 Sentiu-se ligeiramente chateado quando qualquer um comentou.
- 3 Sentiu-se medianamente chateado quando certas pessoas comentaram.
- 4 Sentiu-se medianamente chateado quando qualquer um comentou.
- 5 Sentiu-se enormemente chateado quando certas pessoas comentaram.
- 6 Sentiu-se enormemente chateado quando qualquer um comentou.

16. FREQUÊNCIA COM QUE FOI TRATADO DIFERENTEMENTE POR OUTROS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Durante o último mês, com que frequência você sentiu que outras pessoas o(a) trataram diferente ou de maneira que você não gostou por causa de seu (a) _____?**

- 0 Nunca aconteceu.
- 1 1-3 vezes/mês.
- 2 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
- 3 8-11 vezes/mês.
- 4 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
- 5 17-21 vezes/mês.
- 6 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

17. ANGÚSTIA RELACIONADA AO TRATAMENTO DIFERENCIADO DAS OUTRAS PESSOAS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Quanto você ficou chateado quando as pessoas o(a) trataram diferente por causa de seu(a) _____?**

- 0 Não ficou chateado ou não houve nenhum tratamento diferencial.
- 1 Ligeiramente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
- 2 Ligeiramente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
- 3 Medianamente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
- 4 Medianamente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
- 5 Enormemente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
- 6 Enormemente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.

18. IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** O quanto a sua aparência é importante comparada a outros valores como personalidade, inteligência, habilidade no trabalho, relacionamento com outras pessoas e execução de outras atividades?**

- 0 Nenhuma importância.
- 1
- 2 Pouca importância.
- 3
- 4 Média importância.

5

6 Grande importância.

19. AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Durante o último mês, você se criticou devido ao seu (a) _____)?**

0 Nenhuma crítica.

1

2 Poucas críticas.

3

4 Algumas críticas.

5

6 Muitas críticas.

20. AVALIAÇÃO NEGATIVA FEITA POR OUTRAS PESSOAS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

*** Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas o(a) criticaram por causa de seu(a) _____?**

0 Nenhuma crítica.

1

2 Poucas críticas aconteceram.

3

4 Algumas críticas aconteceram.

5

6 Muitas críticas aconteceram.

21. PERCEPÇÃO DE ATRATIVIDADE FÍSICA

*** Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas te acharam atraente?**

0 Sim, me acharam atraente.

1

2 Não, ligeiramente sem atrativos.

3

4 Não, mediamente sem atrativos.

5

6 Não, sem nenhum atrativo.

22. GRAU DE CONVICÇÃO DO PROBLEMA DE APARÊNCIA

Nota: Não faça esta pergunta se o entrevistado obteve pontuação 2 no item 2, isto é, tem uma anormalidade física definida que não é imaginada ou é exagerada.

*** Durante as últimas quatro semanas, você pensou alguma vez que seu (a) _____ poderia não ser tão ruim quanto você geralmente pensa ou que seu (a) _____ realmente não é anormal?**

Instruções: Determine se a pessoa pode reconhecer a possibilidade de que ele ou ela podem estar exagerando na extensão do defeito e que a preocupação é insensata ou sem sentido.

0 Perspicácia boa, completamente atento ao exagero e à insensibilidade, embora preocupado com o defeito.

1 Perspicácia regular. Pode admitir que a preocupação pode ser às vezes insensata ou sem sentido e que aquela aparência não é verdadeiramente defeituosa.

2 Perspicácia pobre. Firmemente convencido que o defeito é real e que a preocupação não é sem sentido.

23. AFASTAMENTO DE SITUAÇÕES PÚBLICAS

*** Durante o último mês, você evitou áreas públicas porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____ ? Você tem evitado ir a lojas, supermercados, ruas, restaurantes ou outras áreas onde haveria principalmente pessoas que você não conhecia? Com que frequência?**

0 Nenhum afastamento de situações públicas.

1

2 Evitou pouco.

3

4 Evitou com média frequência.

5

6 Evitou muito.

24. AFASTAMENTO DE SITUAÇÕES SOCIAIS

*** Durante o último mês, você evitou trabalhar ou outras situações sociais com amigos, parentes, ou conhecidos porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____ ? Situações sociais podem incluir ir à escola, festas, reuniões familiares e etc. Com que frequência?**

0 Nenhum afastamento de situações sociais.

1

2 Evitou pouco.

3

4 Evitou com média frequência.

5

6 Evitou muito.

25. AFASTAMENTO DE CONTATO FÍSICO

*** Durante o último mês, você tem evitado contato físico com outras pessoas por causa de seu (a) _____ ? Isto inclui relação sexual como também outro contato íntimo como abraçar, beijar, ou dançar?**

0 Nenhum afastamento de contato físico.

- 1
- 2 Evitou pouco.
- 3
- 4 Evitou com média frequência.
- 5
- 6 Evitou muito.

26. AFASTAMENTO DE ATIVIDADE FÍSICA

*** Durante o último mês, você evitou atividades físicas como exercício ou recreação ao ar livre por causa de seu (a) _____?**

- 0 Nenhum afastamento de atividade física.
- 1
- 2 Evitou pouco.
- 3
- 4 Evitou com média frequência.
- 5
- 6 Evitou muito.

27. ESCONDENDO O CORPO

*** Durante o último mês, você se vestiu de forma a esconder, encobrir, disfarçar e/ou desviar atenção de seu (a) _____?" Utilizou maquiagem ou mudou seu corte de cabelo de algum modo especial para tentar esconder ou disfarçar seu (a) _____?**

- 0 Nunca escondeu problema.
- 1 1-3 vezes/mês.
- 2 4-7 vezes/mês ou escondeu uma ou duas vezes em cada semana.
- 3 8-11 vezes/mês.
- 4 12-16 vezes/mês ou escondeu em metade dos dias.
- 5 17-21 vezes/mês.
- 6 22-28 dias vezes/mês ou escondeu diariamente ou quase diariamente.

28. ALTERANDO A POSTURA CORPORAL

*** Durante o último mês, você alterou seus movimentos corporais (como o modo de se levantar ou de se sentar, onde você põe suas mãos, como você caminha, que lado seu você mostra às pessoas) com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas do seu problema de aparência?**

Instruções: Informe o número de dias durante o último mês no qual você alterou sua postura/ movimentos corporais com a intenção de esconder seu problema.

- 0 Nenhuma alteração de postura ou movimentos corporais.
- 1 1-3 vezes/mês.
- 2 4-7 vezes/mês ou escondeu uma ou duas alterações em cada semana.
- 3 8-11 vezes/mês.

- 4 12-16 vezes/mês ou alteração em cerca de metade dos dias.
5 17-21 vezes/mês.
6 22-28 vezes/mês ou alteração de postura ou movimentos corporais diariamente ou quase diariamente.

29. INIBIÇÃO DO CONTATO FÍSICO

*** Durante o último mês, você evitou contato físico com outras pessoas com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas dele?" Por exemplo, você impediu outras pessoas de tocarem certas partes de seu corpo? Ou inibiu sua postura durante ato sexual ou outro contato físico íntimo como abraçar, beijar ou dançar?**

Instruções: Quantifique a frequência com que o entrevistado alterou postura ou movimentos corporais na tentativa de esconder seu problema de aparência durante situações de contato físico.

- 0 Nunca inibiu o contato físico.
1
2 Inibiu em menos da metade das ocasiões de contato físico.
3
4 Inibiu em torno de metade das ocasiões de contato físico.
5
6 Inibiu em todas ou quase todas as vezes que teve contato físico.

30. EVITANDO OLHAR PARA O CORPO

*** Durante o último mês, você tem evitado olhar para seu corpo, particularmente para o seu (a) _____ para controlar sentimentos sobre sua aparência? Isto inclui evitar olhar para você, vestido ou sem roupas, diretamente ou em espelhos.**

Instruções: Quantifique o número de dias durante o último mês em que a pessoa evitou olhar para o problema com a intenção de controlar sentimentos sobre sua aparência.

- 0 Nenhuma inibição de olhar para corpo.
1 1-3 vezes/mês.
2 4-7 vezes/mês ou evitou uma ou duas vezes em cada semana.
3 8-11 vezes/mês.
4 12-16 vezes/mês ou evitou em metade dos dias.
5 17-21 vezes/mês.
6 22-28 vezes/mês ou evitou olhar para corpo diariamente ou quase diariamente.

31. EVITANDO QUE OUTRAS PESSOAS OLHEM PARA O SEU CORPO

*** Durante o último mês, você tem evitado que outras pessoas vejam seu corpo sem roupas porque se sente incomodado com a sua aparência? Isto inclui não deixar seu cônjuge, parceiro, companheiro de quarto ou outras**

peessoas o (a) vejam sem roupas.

0 Nenhuma inibição de que outros o vejam com o corpo despido devido ao problema.

1

2 Evitou pouco.

3

4 Evitou com média frequência.

5

6 Evitou muito.

32. COMPARAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS

*** Durante as últimas quatro semanas, você comparou seu(a) _____ com a aparência de outras pessoas ao redor de você ou de revistas ou televisão?**

0 Nenhuma comparação com outras pessoas.

1 1-3 vezes/mês.

2 4-7 vezes/mês ou uma ou duas comparações em cada semana.

3 8-11 vezes/mês

4 12-16 vezes/mês ou comparações em metade dos dias.

5 17-21 vezes/mês

6 22-28 vezes/mês ou comparações diárias ou quase diárias.

33. ESTRATÉGIAS DE EMBELEZAMENTO

*** O que você tem feito para tentar mudar (reduzir, eliminar, corrigir) seu (a) _____ na tentativa de melhorar sua aparência?**

Instruções: Determine todos os recursos que a pessoa usou para tentar alterar o problema de aparência. Uma prótese só deve ser considerada se a motivação para usá-la for melhorar a aparência. Considere estratégias usadas em qualquer momento (em vez de só nas últimas quatro semanas). Não considere estratégias empregadas para preocupações de aparência que são completamente sem conexão ao defeito presente ou que já foram completamente resolvidos. Por exemplo, não considere cirurgia estética para problema de nariz se a preocupação atual da pessoa for o quadril. Porém, uma história de lipoescultura para as coxas poderia ser considerada se a reclamação atual for quadris largos/culote.

Marque até três alternativas.

0 Nenhuma estratégia ou tentativa para alterar o problema de aparência.

1 Redução de peso através de dieta.

2 Redução de peso através de exercícios.

3 Redução de peso através de cirurgia (por exemplo, gastroplastia).

4 Cirurgia estética para eliminação gordura (por exemplo, lipoescultura).

5 Outra cirurgia estética (por exemplo, mastoplastia, rinoplastia, reversão de cicatriz).

6 Tratamentos tópicos (por exemplo, para condições de pele ou calvície).

7 Prótese (por exemplo, perna artificial ou prótese de silicone para melhorar a

aparência).

8 Outro (especifique) _____.

34. PROBLEMA DE APARÊNCIA NÃO CONSIDERADO POR OUTRA DESORDEM

Instruções: Determine se a reclamação está mais bem relacionada à outra desordem (por exemplo, desordem alimentar, desordem de identidade de gênero, desordem compulsiva obsessiva). Se as reclamações da aparência forem relacionadas ao tamanho ou forma do corpo, faça um exame separado para sintomas de desordens alimentares. Este questionário não é apropriado se a anorexia ou bulimia estão presentes e se não há outra reclamação diferente de peso.

0 *A preocupação é restrita à aparência em vez de outras obsessões ou compulsões ou comportamento relacionado a fobias; preocupação não relacionada a uma manifestação de uma desordem alimentar ou desordem de identidade de gênero.*

1 Preocupação melhor considerada por outra desordem.

ANEXO D. QUESTIONÁRIO ROE (Rhinoplasty Outcome Evaluation)

Nome:

Data: ___ / ___ / ____

() pré-operatório () 90 dias pós-operatório () 180 dias pós-operatório

Instrumento para Avaliação de Resultados em Rinoplastia

Por favor, faça um círculo na resposta mais correta:

1. O quanto lhe agrada aparência do seu nariz?				
0 Nada	1 Um pouco	2 Moderadamente	3 Muito	4 Totalmente
2. O quanto você é capaz e respirar pelo seu nariz?				
0 Nada	1 Um pouco	2 Moderadamente	3 Muito	4 Totalmente
3. O quanto você acha que seus amigos ou familiares gostam do aspecto do seu nariz?				
0 Nada	1 Um pouco	2 Moderadamente	3 Muito	4 Totalmente
4. Você acha que a aparência atual do seu nariz atrapalha a suas atividades sociais ou profissionais?				
0 Sempre	1 Usualmente	2 Algumas vezes	3 Raramente	4 Nunca
5. O quanto você acredita que a aparência atual do seu nariz é a melhor que se pode alcançar?				
0	1	2	3	4

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Totalmente
6. Você gostaria de alterar cirurgicamente a aparência ou a função de seu nariz?				
0 Com certeza	1 Muito provavelmente	2 Possivelmente	3 Provavelmente não	4 Não

ANEXO E. QUESTIONÁRIO NOSE (Nasal Obstruction Symptom Evaluation Scale)

Nome:

Data: ___ / ___ / ___

() pré-operatório () 90 dias pós-operatório () 180 dias pós-operatório

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completament e
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua	1	2	3	4	5

	saúde?					
--	--------	--	--	--	--	--

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento o médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que	1	2	3	4	5

	a sua vida tem sentido?					
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-	1	2	3	4	5

	dia?					
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomove r?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeit o	Insatisfeit o	nem satisfeito nem insatisfeit o	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacida de de desempe nhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com	1	2	3	4	5

	sua capacidade para o trabalho?					
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5

23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte ?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüente mente	muito freqüente mente	sempre
26	Com que freqüência	1	2	3	4	5

	<p>a você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</p>					
--	---	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO