

Transtorno Dismórfico Corporal no Candidato à Cirurgia Plástica: Rastreamento, Instrumentos Validados e Conduta Ética

Luiz Augusto Sousa Oliveira

Especialista em Cirurgia Geral por Residência Médica – Fundação Hospitalar Santa Terezinha (FHSTE), Erechim, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: 0009-0008-3386-4071.

E-mail: luizaugusto.life@hotmail.com

RESUMO

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é uma condição psiquiátrica do espectro obsessivo-compulsivo caracterizada por preocupação excessiva e angustiante com defeitos percebidos na aparência, inexistentes ou imperceptíveis para terceiros. Sua prevalência é estimada entre 1% e 2% na população geral, podendo alcançar 5% a 15% nos candidatos à cirurgia plástica estética, com cifras ainda mais elevadas em populações específicas como rinoplastia. O paciente com TDC busca, frequentemente, na intervenção cirúrgica uma solução para um sofrimento de natureza essencialmente psíquica, e tende a permanecer insatisfeito mesmo diante de resultados tecnicamente excelentes. Estudos consistentes documentam baixas taxas de satisfação pós-operatória, alta incidência de reoperações, transferência da preocupação para outras regiões corporais, litígio judicial e ideação suicida nessa população. O reconhecimento sistemático do TDC na consulta pré-operatória, apoiado por instrumentos validados como o Body Dysmorphic Disorder Questionnaire e a Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale modificada para TDC, é hoje considerado boa prática em cirurgia plástica estética. Diante de suspeita fundamentada, a conduta ética envolve a contraindicação do procedimento eletivo e o encaminhamento para avaliação psiquiátrica especializada. Esta revisão sintetiza os critérios diagnósticos, instrumentos de rastreamento e conduta prática frente ao candidato à cirurgia plástica com suspeita de TDC.

Palavras-chave: transtorno dismórfico corporal; cirurgia plástica; rastreamento; ética médica; imagem corporal.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), classificado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) entre os transtornos do espectro obsessivo-compulsivo, caracteriza-se por preocupação excessiva e persistente com um defeito percebido na aparência física — inexistente ou imperceptível para terceiros — capaz de produzir

sofrimento clinicamente significativo e comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas relevantes da vida.^{1,2}

A relevância desse transtorno para a cirurgia plástica é singular. Enquanto sua prevalência na população geral é estimada entre 1% e 2%, estudos consistentes em candidatos a procedimentos estéticos relatam prevalência de 5% a 15%, podendo alcançar 20% a 30% em populações específicas, como candidatos à rinoplastia.^{3,4,5} O paciente com TDC busca, frequentemente, na cirurgia uma solução para sofrimento de natureza essencialmente psíquica, e tende a permanecer insatisfeito com o resultado mesmo quando este é tecnicamente impecável.

As consequências dessa insatisfação são clinicamente graves: reoperações repetidas em busca de “correção”, peregrinação entre diferentes profissionais (“surgery shopping”), litígio judicial, agravamento dos sintomas psiquiátricos e, em casos extremos, ideação e tentativa de suicídio — sendo o TDC um dos transtornos psiquiátricos com maior taxa de suicidalidade documentada.^{6,7} Reconhecer, rastrear e conduzir adequadamente o paciente com suspeita de TDC é, portanto, componente essencial da prática segura e ética em cirurgia plástica.

2. OBJETIVOS

Revisar os critérios diagnósticos, os instrumentos de rastreamento validados e a conduta ética frente ao candidato à cirurgia plástica com suspeita de Transtorno Dismórfico Corporal, oferecendo ao cirurgião plástico um referencial integrado para a identificação precoce e o manejo responsável dessa condição na consulta pré-operatória.

De forma específica, busca-se: (i) revisar os critérios diagnósticos do TDC conforme o DSM-5; (ii) caracterizar a prevalência e os desfechos cirúrgicos do TDC na população de cirurgia plástica estética; (iii) apresentar os principais instrumentos de rastreamento validados; e (iv) sistematizar os sinais de alerta clínicos e o protocolo de conduta ética na consulta pré-operatória.

3. METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa da literatura de caráter reflexivo e aplicado, conduzida entre março e maio de 2026. A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, Google Scholar e Cochrane Library, com os descritores em português e inglês: “body dysmorphic disorder”, “cosmetic surgery”, “plastic surgery”,

“BDDQ”, “BDD-YBOCS”, “screening”, “medical ethics” e “patient selection”, combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas e narrativas, diretrizes de sociedades psiquiátricas e cirúrgicas, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), publicados entre 1993 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos relatos isolados sem impacto técnico-prático e publicações sem revisão por pares.

Por se tratar de revisão narrativa fundamentada exclusivamente em literatura previamente publicada, o estudo não envolveu participantes humanos ou animais, dispensando apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/2016.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Critérios diagnósticos e fenomenologia

O TDC foi formalmente reconhecido como entidade nosológica no DSM-III-R (1987) e refinado ao longo das revisões subsequentes. No DSM-5 (2013), foi reposicionado do grupo dos transtornos somatoformes para o espectro obsessivo-compulsivo, refletindo melhor compreensão de sua fisiopatologia e fenomenologia.^{1,2} Os critérios diagnósticos atuais estão sintetizados na Tabela 1.

Critério	Descrição
A. Preocupação	Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidos na aparência física, que não são observáveis ou parecem leves para os outros
B. Comportamentos repetitivos	Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo executa comportamentos repetitivos (verificar-se no espelho, arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização) ou atos mentais (comparar a aparência com a de outros) em resposta às preocupações com a aparência
C. Sofrimento ou prejuízo	A preocupação com a aparência causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes
D. Exclusão	A preocupação com a aparência não é mais bem explicada por preocupações com gordura corporal ou peso em um indivíduo cujos sintomas atendem aos critérios diagnósticos de transtorno alimentar
Especificadores	Com dismorfia muscular; com insight bom ou razoável; com insight pobre; com insight ausente / crenças delirantes

Tabela 1. Critérios diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal segundo o DSM-5. Adaptado da American Psychiatric Association (2013).¹

4.2 Epidemiologia e perfil clínico do paciente com TDC

A prevalência do TDC apresenta variação significativa conforme o contexto avaliado. Em meta-análise sistemática, Veale et al. (2016) estimaram prevalência ponderada de 1,9% na população geral, 5,8% em populações dermatológicas, 13,2% em pacientes ortodônticos adultos, 20,1% em candidatos à rinoplastia e 13,2% em cirurgia plástica estética em geral.³ Picavet et al. (2011) identificaram, em coorte holandesa de candidatos à rinoplastia, prevalência de 33% de sintomas moderados a graves de TDC.⁵

Em todos os estudos, mulheres e homens são afetados de forma aproximadamente equivalente, com início típico na adolescência (idade média de 16 a 17 anos) e curso crônico se não tratado.^{2,8} A comorbidade psiquiátrica é regra, e não exceção: cerca de 75% dos pacientes apresentam transtorno depressivo maior ao longo da vida, 60% transtorno de ansiedade social, 30% a 40% transtorno obsessivo-compulsivo e 30% transtorno por uso de substâncias.^{2,8} A suicidalidade é particularmente elevada — Phillips e Menard (2006) demonstraram, em estudo prospectivo, taxa de tentativa de suicídio ao longo da vida de 27,5%, com taxa anual de tentativa de 2,6% — valores quatro a doze vezes superiores aos da população geral.⁶

4.3 Desfechos cirúrgicos em pacientes com TDC

Os desfechos cirúrgicos em pacientes com TDC são, em sua maioria, insatisfatórios. Crerand et al. (2005), em análise de 200 pacientes com TDC submetidos a procedimentos cosméticos não-psiquiátricos, demonstraram que apenas 2% relataram melhora global dos sintomas do TDC; a maioria experimentou estabilidade ou agravamento do quadro.⁹ Veale et al. (2003), em estudo seminal, identificaram que 81% dos pacientes com TDC submetidos à cirurgia estética permaneceram insatisfeitos com o resultado, e muitos passaram a focar a preocupação em outra parte do corpo — fenômeno descrito como “migração sintomatológica”.¹⁰ Esses dados consolidam o entendimento de que a intervenção cirúrgica não corrige a essência do transtorno e pode, em muitos casos, intensificar o sofrimento. Higgins e Wysong (2018), em atualização recente, reforçam que o procedimento estético tende a deslocar — não a resolver — o objeto da preocupação dismórfica.⁷

4.4 Instrumentos de rastreamento validados

O rastreamento sistemático do TDC na consulta pré-operatória é, hoje, considerado boa prática em cirurgia plástica estética. A Tabela 2 apresenta os principais instrumentos validados disponíveis para uso no consultório.

Instrumento	Características	Aplicação clínica
-------------	-----------------	-------------------

BDDQ (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire)	Autoaplicável; 4 perguntas centrais; tempo de aplicação inferior a 5 min; sensibilidade próxima de 100% e especificidade de 89% para TDC	Triagem inicial em primeira consulta; positividade indica investigação aprofundada
BDD-YBOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for BDD)	Aplicada por entrevistador treinado; 12 itens; pontuação 0–48; avalia gravidade dos sintomas e resposta a tratamento	Avaliação de gravidade após triagem positiva; pontuação ≥ 20 sugere TDC moderado a grave
DCQ (Dysmorphic Concern Questionnaire)	Autoaplicável; 7 itens; ponto de corte ≥ 9 sugere TDC; rápido e com versão validada em português brasileiro	Alternativa de triagem em ambulatórios brasileiros de cirurgia plástica
BIDQ (Body Image Disturbance Questionnaire)	Autoaplicável; 7 itens; avalia angústia relacionada à imagem corporal de forma dimensional	Útil para avaliação complementar da preocupação com a aparência

Tabela 2. Instrumentos validados para rastreamento e avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal aplicáveis ao contexto pré-operatório da cirurgia plástica.

4.5 Sinais de alerta clínicos e conduta ética

Para além dos instrumentos padronizados, a entrevista clínica atenta a sinais de alerta comportamentais permite identificar candidatos com perfil suspeito. A Tabela 3 sintetiza os principais sinais de alerta e o protocolo de conduta sugerido.

Sinal de alerta	Conduta recomendada
Preocupação desproporcional com defeito mínimo ou imperceptível	Aplicar BDDQ; investigar gravidade com BDD-YBOCS
Histórico de múltiplos procedimentos prévios sem satisfação	Solicitar relatórios de procedimentos anteriores; investigar motivação
Expectativas irreais quanto ao impacto da cirurgia na vida pessoal	Reavaliar indicação; consentimento informado detalhado; nova consulta após reflexão
Comportamentos compulsivos (espelhamento, camuflagem, comparação)	Encaminhamento para avaliação psiquiátrica; postergar decisão cirúrgica
Comprometimento social, profissional ou afetivo pela preocupação	Contraindicar procedimento eletivo; encaminhar para tratamento especializado
Sintomas depressivos, ansiedade grave ou ideação suicida	Encaminhamento psiquiátrico imediato; não realizar cirurgia eletiva
Solicitação de procedimento por insistência de terceiros	Postergar decisão; explorar autonomia e motivação

Tabela 3. Sinais de alerta e conduta recomendada na avaliação pré-operatória do candidato à cirurgia plástica com suspeita de Transtorno Dismórfico Corporal.

A identificação do TDC fundamenta-se em princípio ético central: o preceito da não maleficência (*primum non nocere*). Submeter um paciente com TDC a procedimento estético eletivo, ciente da elevada probabilidade de insatisfação e do potencial de agravamento sintomatológico, configura conduta eticamente questionável.^{7,11} O tratamento de eleição do TDC é a combinação de terapia cognitivo-comportamental específica para o transtorno com inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) em doses elevadas, com resposta favorável documentada em ensaios clínicos randomizados.^{2,8} Diante de suspeita

fundamentada, a conduta apropriada é postergar ou contraindicar o procedimento e encaminhar para avaliação psiquiátrica especializada, comunicando ao paciente, com sensibilidade e clareza, a necessidade da abordagem prévia.

5. CONCLUSÃO

O Transtorno Dismórfico Corporal é condição psiquiátrica prevalente, subdiagnosticada e clinicamente relevante no universo da cirurgia plástica estética. Sua não identificação expõe o paciente a desfechos previsivelmente insatisfatórios e ao agravamento de um sofrimento psíquico preexistente; expõe o cirurgião a iatrogenia, judicialização e desgaste profissional desnecessários.

O rastreamento sistemático por meio de instrumentos validados como o BDDQ e a BDD-YBOCS, somado à entrevista clínica atenta a sinais de alerta comportamentais, configura medida simples, de baixo custo e alto impacto na qualidade da seleção do candidato. Diante de suspeita fundamentada, a contraindicação do procedimento e o encaminhamento para avaliação psiquiátrica especializada constituem a conduta eticamente correta — ainda que, por vezes, contrarie o desejo imediato do paciente.

Em uma especialidade que se constrói na interface entre técnica, estética e subjetividade, reconhecer os limites da intervenção cirúrgica diante do sofrimento psíquico é, simultaneamente, exigência ética e expressão de maturidade profissional. Cuidar do paciente com TDC, muitas vezes, é justamente não operar.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(2):221-32.
3. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: a systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*. 2016;18:168-86.
4. Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image*. 2008;5(1):50-8.
5. 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.
6. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7):1280-2.

7. Higgins S, Wysong A. Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder — an update. *Int J Womens Dermatol*. 2018;4(1):43-8.
8. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*. 1993;150(2):302-8.
9. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005;46(6):549-55.
10. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Bull*. 2000;24(6):218-21.
11. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7):167e-180e.
12. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull*. 1997;33(1):17-22.
13. Mulkens S, Bos AE, Uleman R, Muris P, Mayer B, Velthuis P. Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012;65(3):321-7.
14. Sarwer DB, Cash TF, Magee L, Williams EF, Thompson JK, Roehrig M, et al. Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plast Reconstr Surg*. 2005;115(3):931-8.
15. Jorge RT, 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.