



Transtornos depressivos em pacientes que buscam cirurgia plástica estética: uma visão ampla e atualizada

Depressive disorders in patients who seek cosmetic surgery: a broad and updated view

PAULO RENATO DE PAULA^{1,2,3*}
RUFFO FREITAS-JÚNIOR^{1,2}
MARCELO PRADO^{2,3}
CARLOS GUSTAVO LEMOS NEVES^{1,2,3}
FABIANO CALIXTO FORTES DE
ARRUDA^{1,2,3}
VLADMIR EDUARDO BERMUDEZ
VARGAS³
FÁBIO SILVA FERNANDES²

Instituição: Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Goiás,
Goiânia, GO, Brasil.

Artigo submetido: 12/7/2015.
Artigo aceito: 22/10/2015.

Conflitos de interesse: não há

DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBCP0042

RESUMO

Introdução: A cirurgia estética pode melhorar a qualidade de vida de pacientes, porém alguns que se apresentam para o procedimento são portadores de transtornos depressivos (TD) e podem evoluir, no pós-operatório, de forma desastrosa do ponto de vista psicológico e até mesmo evoluir para o suicídio. A prevalência de TD em pacientes de cirurgia plástica estética é em média de 20%, podendo chegar até 70%. Este artigo tem por objetivo fazer uma revisão sobre depressão e cirurgia estética bem como alertar e conscientizar os cirurgiões plásticos sobre o crescente aumento destes pacientes nos consultórios. Objetiva, ainda, orientar os cirurgiões quanto a abordagem adequada e condutas específicas perante estes.

Métodos: Realizou-se busca nos bancos de dados MEDLINE/PubMed e Embase e cruzamento de palavras chaves, incluindo “cirurgia plástica estética”, “depressão”; “transtornos de humor”, “transtorno depressivo”, “sintomas depressivos”, “suicídio e cirurgia plástica”. **Resultados:** O sucesso de uma cirurgia plástica depende em muito da seleção dos pacientes para o procedimento. Pacientes suspeitos, pacientes com sintomas depressivos elevados nos questionários (como o BDI) e pacientes com “marcadores” de psicopatologia deverão ser encaminhados ao psiquiatra para avaliação adequada.

Conclusão: Pela elevada prevalência de TD em cirurgia plástica estética, todo paciente de cirurgia plástica deverá ser avaliado adequadamente para identificação daqueles com possíveis TD no pré-operatório e encaminhado ao psiquiatra, para assim tentar se evitar evolução psicológica desfavorável pós-operatória.

Descritores: Depressão; Transtorno depressivo; Psicopatologia; Cirurgia estética

¹ Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

² Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

³ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Aesthetic surgery can improve the quality of life of patients, but some candidates for the procedure have depressive disorders (DDs) that may develop, in the postoperative period, in a disastrous manner from a psychological point of view and even progress to suicide. The prevalence of DDs in cosmetic surgery patients is 20% on average and reaches 70%. This article aims to review depression and aesthetic surgery as well as to alert and educate plastic surgeons on the growing number of these patients in clinical settings. It also aims to guide surgeons to the appropriate approach and specific behaviors with these patients.

Methods: A search was performed in MEDLINE/PubMed and Embase, and key words were entered, including “cosmetic surgery,” “depression,” “mood disorders,” “depressive disorder,” “depressive symptoms,” and “suicide and plastic surgery.”

Results: The success of plastic surgery depends a great deal on the selection of patients for the procedure. Suspect patients, patients with elevated depressive symptoms in questionnaires (such as the BDI), and patients with psychopathology “markers” should be forwarded to a psychiatrist for proper evaluation. **Conclusion:** Due to the high prevalence of DDs in aesthetic plastic surgery patients, every plastic surgery patient should be evaluated properly to identify those with possible DDs in the preoperative period, and those should be forwarded to a psychiatrist, thus avoiding an unfavorable postoperative psychological evolution.

Keywords: Depression; Depressive Disorder; Psychopathology; Aesthetic Surgery.

INTRODUÇÃO

A imagem corporal é um dos construtores da autoestima, a qual é influenciada por uma variedade de fatores históricos, temporais, culturais, sociais, individuais, biológicos, religiosos e que operam em periodicidade variável¹. A insatisfação com esta imagem corporal é o fator mais relevante e o principal motivador na procura para procedimentos de cirurgia plástica estética². Assim, a cirurgia estética é um componente essencial da cirurgia plástica pela sua capacidade, não só na restauração da função ao nível físico, mas igualmente importante, mas de proporcionar alterações positivas na personalidade e comportamento de um indivíduo, bem como uma série de reações psicológicas favoráveis pós-operatórias, incluindo bem-estar individual/social e autoconfiança²⁻⁸.

Porém, é difícil quantificar o exato benefício que a cirurgia plástica pode ter sobre a psiquê do paciente³. Entre os pacientes que procuram uma consulta para um procedimento estético, até 47,7% se enquadram nos critérios para um transtorno mental⁸. Estes buscam na cirurgia, a ilusão em atingir uma imagem corporal idealizada com a finalidade de diminuir suas angústias e sentimentos de constante insatisfação^{9,10}. Vários estudos demonstraram que pacientes que buscam cirurgia plástica estética apresentam maiores alterações psicológicas

quando comparados à população geral^{2-4,11,12} e o distúrbio mais comumente encontrado foi a depressão¹¹⁻¹³. A depressão é um termo genérico e que pode englobar pessoas com: sintomas depressivos, episódios depressivos e/ou transtornos depressivos.

Este artigo tem por objetivo fazer uma revisão sobre transtornos depressivos (TD) e cirurgia plástica, bem como alertar e conscientizar os cirurgiões plásticos sobre o crescente aumento destes pacientes durante consulta médica. Objetiva ainda orientar os cirurgiões quanto à abordagem e as condutas adequadas referente a estes pacientes e assim evitar possíveis evoluções desfavoráveis destes em termos de funcionamento e adaptação psicológica pós-operatória, apesar de um resultado tecnicamente satisfatório.

ESTRATÉGIA DE BUSCA: TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Realizou-se uma revisão no MEDLINE e Embase (sobre estudos dos últimos 20 anos) utilizando as palavras chaves (na língua portuguesa e inglesa) incluindo “cirurgia plástica estética”; “transtornos de humor”; “depressão”; “transtornos depressivos”; “sintomas depressivos”; “suicídio e cirurgia plástica”.

RESULTADOS

Histórico

Os transtornos do humor (que inclui a depressão) são conhecidos há aproximadamente 2.500 anos e eram denominados de melancolia. A partir do século XIX, o termo depressão encontrou um lugar na literatura médica, com o aproveitamento da tradução de melancolia para o termo latino “*deprimere*”, significando pressionar; apertar para baixo¹⁴.

Uma das primeiras descrições de alterações psicológicas relacionadas a um procedimento cirúrgico foi observada em um paciente do psiquiatra Sigmund Freud, que se submeteu a um procedimento cirúrgico estético em 1918, ao qual sua obsessão relacionada a uma cicatriz trivial pela remoção de um cisto se tornou foco de um dos mais famosos casos nos anais de psiquiatria¹⁴.

Os avanços cirúrgicos obtidos na Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e relatos de alívio emocional observados em indivíduos desfigurados serviram de combustível para o crescimento da cirurgia estética¹⁵.

Alguns cirurgiões fizeram as primeiras avaliações psiquiátricas de pacientes que buscavam cirurgia estética nas décadas de 40, 50 e 60 e descreveram estes pacientes como altamente psicopatológicos e tornaram-se cautelosos com os pacientes insaciáveis, bem como os masculinos¹⁵. Entretanto, estes primeiros trabalhos não utilizaram metodologia, análise e padronização adequada, afetando a qualidade dos resultados e aferição da relação de TD e cirurgia plástica¹⁵.

Epidemiologia

A depressão é uma doença de alta letalidade, que frequentemente inicia-se em pessoas entre 20 e 40 anos, com relação de até 2:1 entre mulheres e homens^{2,16}.

Sua prevalência anual varia entre 3 a 13% na população geral^{3-5,8,9,13}. Aproximadamente 12% das mulheres e 8% dos homens são afetados, em algum momento de suas vidas, por episódios depressivos^{9,16}.

No Brasil, aproximadamente 10% da população adulta apresenta sintomas depressivos. Neste universo, somente 28,1% receberam diagnóstico para a síndrome (transtornos depressivos) e uma parcela ainda menor (15,6%) utiliza medicações prescritas por especialistas para o controle do quadro¹⁶.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o transtorno depressivo acomete atualmente mais de 350 milhões de pessoas no mundo e já é a segunda causa de doença do DALYs (*Disability Adjusted Life Years*) na faixa etária de 15 a 44 anos, em ambos os gêneros. Estima-se que, em 2020, o transtorno depressivo ocupe a primeira

posição nos países em desenvolvimento e a segunda nos países desenvolvidos como a causa mais importante de incapacidade em ambos os gêneros, em qualquer faixa etária, seguido das doenças coronarianas. Em 2030, transtorno depressivo está projetado para ser a doença mais comum no mundo¹⁶.

A depressão já é a doença mais comum em crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos e é a principal causa de incapacidade em ambos os gêneros. O suicídio seria uma das três principais causas de morte nessa faixa etária¹⁶.

Mais de 90% dos pacientes que fazem uso de medicação psicotrópica o fazem com antidepressivo, com predomínio em mulheres^{3,11,13}.

A associação entre transtornos depressivos e suicídio é consistente e significativa, e o risco médio de suicídio observado entre os portadores de depressão é em torno de 30 vezes maior do que na população geral^{8,17}. É possível estabelecer o diagnóstico de depressão entre 20,8% a 35,8% dos suicídios completados (OMS) e foi observado um aumento de 60% nos índices de suicídio nas últimas décadas, considerando-se os dados mundiais. Estima-se que 90% dos suicídios em idosos estão associados com algum tipo de doença mental e que a mais frequente seja a depressão^{2,13,16,17}.

Etiologia

A depressão é um transtorno mental decorrente de conflito interno e de uma alteração bioquímica dos neurônios responsáveis pelo controle do estado de humor e que pode ser deflagrada por fatores genético-hereditários, psicológicos, ambientais e bioquímicos⁴.

Fatores associados como vida urbana, desemprego, doenças físicas, alteração afetiva prévia, eventos estressantes, perda de entes queridos, uso de medicamentos, álcool e outras drogas podem ser desencadeantes ou agravantes dos TD¹¹.

Apesar de todo o esforço, a sua etiologia e a fisiopatologia ainda não estão bem definidas. Estudos de imagem relacionados à análise dos mecanismos neurobiológicos da depressão e genéticas têm se mostrado promissores.

Diagnóstico

A depressão é uma condição afetiva de difícil avaliação. Na condição de entidade clínica, está classificada nos manuais de diagnóstico CID-10 e DSM-V, no capítulo dos Transtornos do Humor¹⁸. Seu diagnóstico deve ser feito clinicamente por psiquiatra, realizado durante o exame clínico apurado e consistente do paciente^{1,4,9,13,15}.

Porém, no dia-a-dia, o cirurgião plástico, assim como toda classe médica, devem estar atentos, capacitados e preparados no sentido de identificar, não só as queixas

físicas, mas uma possível sintomatologia psíquica apresentada pelo paciente durante a consulta.

São vários os sinais e sintomas (psíquicos e orgânicos) da depressão (Quadro 1)^{1,4,5,8,11-13}. O deprimido, em alguns casos, poderá se apresentar apenas com sintomas vagos e inespecíficos, dificultando assim seu diagnóstico.

Quadro 1. Sinais e sintomas (psíquicos e orgânicos) da depressão.

Origem	Sinais e sintomas da depressão
Psíquica	Falta de interesse, vazio, tristeza, desânimo, apatia, negligência para com os cuidados pessoais, inércia, insegurança, negativismo, desesperança, ideias suicidas, sentimento de culpa excessivo e inadequado, autoestima depreciada, falta de concentração, irritabilidade, choro persistente, sentimento de impotência
Orgânica	Insônia e/ou hipersônia, alteração do apetite, perda do desejo sexual, falta de energia e fadiga, lentidão ou agitação psicomotora e diminuição das funções cognitivas como atenção, concentração, memorização e aprendizagem

Deve-se observar a natureza dos sintomas, uso de algum tipo de substância, histórico de depressão pessoal e familiar, história de internação psiquiátrica, uso de psicofármaco (e por quem foi prescrito), psicoterapia ou ainda comportamentos apáticos que se alternam com euforias^{1,4,5,8,9,11-13}.

Escalas, questionários e inventários contribuem, de forma substancial no consultório médico, para o rastreamento de possíveis doenças mentais entre elas os transtornos depressivos¹⁹.

Beck *et al.*¹⁹ desenvolveram um questionário [Inventário de Depressão Beck/*Beck Depression Inventory* (BDI)] para avaliar intensidade de sintomas de depressão, o qual demonstrou consistência interna e confiabilidade. É um instrumento prático, com alta taxa de aceitação, credibilidade e acurácia. O mesmo foi traduzido, adaptado e validado para uso no Brasil²⁰.

É uma escala de autorrelato, contendo 21 grupos de afirmações, onde cada item apresenta sintomas e atitudes em intensidades que variam de 0 a 3, sugerindo graus crescentes de gravidade do sintoma depressivo (Anexo 1)²⁰.

O escore total é o resultado da soma de cada item e permite a classificação de níveis de intensidade sintomática de depressão, com pontuação mínima de zero e máxima de 63 pontos. O manual de utilização do BDI propõe uma estratificação onde a presença de 1 a 9 pontos positivos corresponde à sintomas de depressão mínima; de 10 a 16: sintomas de depressão leve; de 17 a 29: sintomas de depressão moderada e 30 ou mais: sintomas de depressão grave. Utiliza-se o limite entre sintomas de depressão leve e a moderada (≥ 17 respostas positivas) como ponto de corte entre os casos negativos e positivos como

significativos para risco de depressão. Porém, o próprio manual orienta que “os pontos de corte podem variar conforme a amostra e o propósito do examinador”^{19,20}.

Correlação de transtorno depressivo (TD) e cirurgia plástica

Ao se correlacionar TD e cirurgia plástica nos primeiros estudos, alguns autores encontraram valores extremos, variando de 3 a 90%^{1,2,4,5,8,9}. Estudos mais recentes demonstraram menor heterogeneidade, porém alta prevalência de TD nesta população, variando entre 13 a 32% em relação a população geral^{8,10,12,21-25}. Aproximadamente 20% dos pacientes de cirurgia plástica estética relataram tratamento psiquiátrico e 18% uso de medicação antidepressiva^{2,5,23,24}.

PSICOPATOLOGIA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO E CIRURGIA PLÁSTICA

Atualmente, o TD é considerado um dos grandes desafios da Medicina, devido a sua alta e crescente prevalência, cronicidade e implicações terapêuticas na população mundial^{16,19-21,23,24,26}. Até o advento da AIDS-SIDA, a depressão era a detentora incontestada do título de “Mal do Século”. Porém, mesmo desprovida agora dessa inútil honraria, ela continua crescendo imperturbavelmente em todo o mundo, juntamente com várias outras doenças ditas mentais.

Alguns autores demonstraram que as melhorias relacionadas à cirurgia estética se limitam apenas ao plano físico, proporcionando pouca ou nenhuma mudança nas funções psicológicas^{5,15,25,26}. Porém, grande número de artigos demonstrou que a cirurgia estética pode proporcionar e beneficiar pessoas não só com o alívio dos sintomas físicos, mas também no grau de satisfação com a imagem corporal, qualidade de vida, autoestima, confiança social, função sexual, comportamento e redução de sintomas depressivos^{5-9,10-13,15,21-23}.

Sob o prisma de uma visão filosófica, o resultado e nível de satisfação (frequentemente subjetivo do paciente) em relação à cirurgia estão diretamente relacionados muito mais a fatores culturais e padrões temporais de beleza, do que uma apreciação da beleza do seu próprio resultado corporal.

Observa-se no dia-a-dia uma forte correlação entre história psicológica pré-operatória e complicações psicológicas pós-operatórias. Existe a crença de que a cirurgia estética é psicologicamente segura; e não é. As complicações psicológicas podem ocorrer em taxas iguais ou maiores do que as complicações físicas na prática diária. Pacientes que apresentam complicações físicas são propensas a experimentar, de forma simultânea, as complicações psicológicas^{22,23}.

Pacientes podem evoluir de forma inadequada ou mesmo desastrosa no pós-operatório, mesmo com um resultado cirúrgico adequado. Estados psicológicos alterados ou imagem corporal negativa, podem afetar irremediavelmente a percepção da satisfação de uma intervenção cirúrgica. A insatisfação pós-operatória geralmente é causada por desapontamento emocional, por quebra ou violação de suas expectativas ou por uma faceta psicopatológica despercebida pelo cirurgião e (geralmente) não por falha técnica^{3,5}.

Pacientes com menor alteração psicológica pré-operatória parecem obter melhor satisfação pós-operatória em cirurgia estética. Por outro lado, pacientes identificados com sinais de depressão no pré-operatório podem apresentar até cinco vezes mais insatisfação com os seus resultados cirúrgicos no pós-operatório^{3,4,11,13,15,21,24,25}.

Pacientes depressivos podem desencadear desde simples queixas psicossomáticas, reclamações, insatisfações generalizadas, quadros clínicos depressivos menores ou maiores, raiva, agressividade, processos médicos,^{27,28} e em casos extremos evoluírem para o suicídio pela elevada correlação de depressão e suicídio^{16,27-30}.

Movidos por constante insatisfação, alguns pacientes passam a solicitar repetidos procedimentos, gerando problemas para o cirurgião como angústia e *burnout*. Casos mais extremos podem ocorrer contra o profissional como: exposição, risco de perseguição, ameaça corporal, violência física e ações legais. A literatura mostra ainda casos de cirurgiões que foram assassinados por seus pacientes e que estes apresentavam sintomas consistentes de alteração psicossomática^{27,31}.

Correlação de pacientes de mamoplastia de aumento com implante, depressão e suicídio

Uma série de importantes estudos de diferentes países foram publicados com o objetivo de aumentar a conscientização sobre os possíveis problemas de saúde mental relacionados a implantes mamários. Dados intrigantes e alarmantes foram demonstrados sobre riscos potenciais de aumento de suicídio em pacientes submetidas à mamoplastia de aumento em relação à população geral. Estes achados demonstraram risco relativo para suicídio em todos estes estudos, podendo chegar em até 4 vezes mais³²⁻³⁸.

Porém, não se conseguiu identificar uma relação de causa e efeito, ou estabelecer a presença de potenciais fatores de risco pré-operatórios ou psicopatológicos que poderiam colocar estas mulheres em maior risco de suicídio. Sugere-se que tal fato ocorra provavelmente pelos traços sociodemográficos, história psicopatológica e estilos de vida específicos destas pacientes que podem favorecer seus riscos para suicídio e não ocasionado pela presença do implante em si. Dentre eles, o tabagismo,

uso excessivo de álcool, dependências de drogas, estado civil/divórcio e paridade são os principais fatores de risco associados à depressão e, conseqüentemente, maior risco para o suicídio^{2,3,5,21,23,27,30,32}.

Pacientes candidatas à cirurgia de mamoplastia de aumento com implante apresentam características pessoais marcantes, com número maior de sintomas depressivos^{13,23,33,38}; história psiquiátrica³⁹; psicoterapia^{2,11}; internação psiquiátrica^{32,39}; suicídio³²⁻³⁹; maior uso de psicofármacos, em especial antidepressivos, atingindo número em até sete vezes maior, quando comparadas com outras pacientes de cirurgia plástica ou mulheres na população em geral^{11,22,35}. Observa-se ainda nesta população fatores de riscos subjacentes e complementares às características psicopatológicas, dentre as quais baixo nível educacional^{24,36}; distúrbios de conduta e maior prevalência de transtorno alimentar^{5,11,22,23}.

Seleção de pacientes

Sabe-se que a chave para alcançar o sucesso com a cirurgia plástica consiste na seleção pré-operatória de seus pacientes e a palavra de ordem é a prevenção em vez de tratamento.

Alguns autores defendem que a avaliação psiquiátrica deve ser realizada sempre, rotineiramente, em todos os pacientes de cirurgia estética¹³.

Porém, a solicitação de uma avaliação com psiquiatra de todos pode, para alguns indivíduos, provocar um distanciamento e mal-estar na relação médico-paciente; criando uma situação embaraçosa com aumento do tempo de preparo pré-operatório e custos, podendo parecer um insulto ou mesmo uma agressão^{8,23}.

Nem todos os pacientes candidatos às cirurgias estéticas indicam ter uma probabilidade elevada de problemas psiquiátricos. Ao contrário, a grande maioria demonstra grau elevado de satisfação pós-operatória¹¹. A dificuldade então é reconhecer quais os pacientes que buscam estas cirurgias possuem estabilidade psicológica ou não; um transtorno psiquiátrico estabelecido (controlado ou não) ou mesmo próximo a ser desencadeado e se esses indivíduos estão mais propensos a experimentar uma exacerbação dos sintomas psiquiátricos no pós-operatório. Reconhecimento e consciência destes perfis (no pré-operatório) constituem a primeira linha de defesa do cirurgião na prevenção de complicações psicológicas pós-operatórias¹¹.

Os cirurgiões plásticos devem estar em alerta para os possíveis pacientes que se apresentam para os diferentes procedimentos cirúrgicos, por meio de uma consulta bem esclarecedora de seus sintomas e suas (reais) motivações, história clínica, incluindo saúde mental e algum método investigatório (questionário) em TODOS os pacientes.

O uso do BDI como medida de autoavaliação de sintomas depressivos é um instrumento útil para o não especialista, com tempo médio de 5 minutos para ser respondido. Embora não tenha precisão diagnóstica (reservada ao psiquiatra), seu uso poderá auxiliar no rastreamento e identificação de possíveis pacientes com transtorno depressivo e o devido encaminhamento destes para avaliação de sua saúde mental por profissional qualificado^{4,13,19,20}.

Pacientes que possuem chance de evolução psicossocial ruim (denominados de “marcadores” de psicopatologia e avaliadores de possível evolução pós-operatória negativa) são de pacientes com: elevado grau de exigência e expectativas irreais sobre o procedimento; pacientes eternamente insatisfeitos ou insatisfação com a sua cirurgia estética prévia (com bom resultado); pacientes (suspeitas) candidatas às cirurgias com utilização de implantes mamários; pacientes com deformidades mínimas; pacientes (principalmente adolescentes) que não compreendem sobre evolução pós-operatória e limitações da técnica; motivações vagas, de terceiros ou baseadas em problemas de relacionamento; extrema baixa autoestima; histórico de depressão; internação psiquiátrica; uso de antidepressivos; maior escore no questionário (≥ 17); transtorno de personalidade; sem companheiro; baixa escolaridade e renda^{2-15,21,26-39}.

Sugere-se que todos os pacientes com as características acima deverão ser encaminhados ao psiquiatra (de preferência de confiança do cirurgião) para uma avaliação mais aprofundada e esclarecedora e deve-se documentar ao prontuário do paciente um parecer psiquiátrico liberando-o para o ato cirúrgico do ponto de vista da saúde mental, junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado. Pacientes com insatisfação com seu resultado pós-operatório podem utilizar a sua história psiquiátrica como parte de sua ação judicial contra o cirurgião, alegando que seu quadro psiquiátrico o impediu de compreender sobre a cirurgia, limitações, complicações e os seus potenciais resultados^{2,5,11,23,31}.

A presença de história de hospitalização psiquiátrica denota um forte e importante fator preditivo de complicações pós-operatórias e suicídio quando comparadas com a população geral^{30,39}.

O impacto dos procedimentos cirúrgicos em áreas do funcionamento psicológico continua pouco esclarecido, bem como a relação entre tratamento de transtornos depressivos e evolução pós-operatória é desconhecida^{5,21}. Assim, enquanto não existirem dados suficientes para a triagem destes pacientes com os fatores de risco bem definidos para psicopatologia e suicídio é prudente avaliar caso a caso e encaminhar para avaliação psiquiátrica os pacientes identificados como suspeitos de alto risco, ANTES do procedimento cirúrgico, para uma avaliação

mais consistente e rigorosa. Este designará se o paciente poderá se submeter ou não ao procedimento e em que momento, ou se necessitará de tratamento específico (psicoterápico e/ou medicamentoso). O sucesso da cirurgia nesta população depende de um tratamento bem-sucedido da depressão.

A pacientes que desencadearem quadros depressivos no pós-operatório é imperativo que sejam referenciados imediatamente a um psiquiatra para limitar ou controlar esta experiência adversa e, assim, promover seu bem-estar.

Contraindicar ou postergar uma cirurgia estética, frente a um paciente com possível TD não significa insegurança ou despreparo do cirurgião, tão pouco desrespeito para com o paciente. Significa cuidado, preocupação e bem-estar com os mesmos e sobretudo sabedoria e maturidade profissional.

CONCLUSÃO

Pacientes de cirurgia plástica estética deverão ser avaliados adequadamente para identificação daqueles com possíveis TD no pré-operatório, para, assim, tentar se evitar evolução pós-operatória desfavorável.

COLABORAÇÕES

- PRP** Redação do Manuscrito e revisão crítica de seu conteúdo.
- RFJ** Aprovação final do estudo.
- MP** Concepção e desenho do estudo.
- CGLN** Análise e interpretação dos dados.
- FCFA** Análise estatística.
- VEBV** Revisão crítica de seu conteúdo.
- FSF** Levantamento bibliográfico.

REFERÊNCIAS

- Slade PD. What is body image? *Behav Res Ther.* 1994;32(5):497-502. PMID: 8042960 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90136-8](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8)
- Sarwer DB, LaRossa D, Bartlett SP, Low DW, Bucky LP, Whitaker LA. Body image concerns of breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(1):83-90. PMID: 12832880 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000066005.07796.51>
- McGrath MH, Mukerji S. Plastic surgery and the teenage patient. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2000;13(3):105-18. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1083-3188\(00\)00042-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1083-3188(00)00042-5)
- Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(4):1229-37. PMID: 15083026 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000110214.88868.CA>
- Rohrich RJ. Silicone breast implants: Outcomes and safety update. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(7):1S-3S. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000286668.18934.37>

6. de Brito MJ, Nahas FX, Barbosa MV, Dini GM, Kimura AK, Farah AB, et al. Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem, and mental health. *Ann Plast Surg.* 2010;65(1):5-10. PMID: 20467297 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP0b013e3181bc30f7>
7. Zojaji R, Arshadi HR, Keshavarz M, Mazloun Farsibaf M, Golzari F, Khorashadizadeh M. Personality characteristics of patients seeking cosmetic rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2014;38(6):1090-3. PMID: 25270095 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-014-0402-7>
8. Shridharani SM, Magarakis M, Manson PN, Rodriguez ED. Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126(6):2243-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f445ae>
9. Bhugra D, Mastrogiani A. Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. *Br J Psychiatry.* 2004;184:10-20. PMID: 14702222
10. Naraghi M, Atari M. A comparison of depression scores between aesthetic and functional rhinoplasty patients. *Asian J Psychiatr.* 2015;14:28-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2015.01.009>
11. Sarwer DB, Gibbons LM, Magee L, Baker JL, Casas LA, Glat PM, et al. A prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery. *Aesthet Surg J.* 2005;25(3):263-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.asj.2005.03.009>
12. Klassen AF, Pusic AL, Scott A, Klok J, Cano SJ. Satisfaction and quality of life in women who undergo breast surgery: a qualitative study. *BMC Womens Health.* 2009;9:11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-9-11>
13. Vargel S, Uluşahin A. Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plast Surg.* 2001;25(6):474-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-001-0009-7>
14. Stone MH. *A cura da mente: a história da antiguidade até o presente.* Porto Alegre: Artmed; 1999.
15. Saariniemi KM, Kuokkanen HO, Tukiainen EJ. The outcome of reduction mammoplasty remains stable at 2-5 years' follow-up: a prospective study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64(5):573-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2010.09.010>
16. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2012. [Acesso 2 Fev 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/depression/en/>
17. Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(2):165-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.2.165>
18. American Psychiatric Association. *DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5^a ed.; 2014 [Acesso 8 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.dsm5.org/about/Pages/faq.aspx>
19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
20. Cunha JA. *Manual da versão em português das escalas Beck.* 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p.171.
21. Chahraoui K, Danino A, Frachebois C, Clerc AS, Malka G. Aesthetic surgery and quality of life before and four months postoperatively. *Ann Chir Plast Esthet.* 2006;51(3):207-10. PMID: 16181718
22. Alagöz MS, Başterzi AD, Uysal AC, Tüzer V, Unlü RE, Sensöz O, et al. The psychiatric view of patients of aesthetic surgery: self-esteem, body image, and eating attitude. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27:345-8.
23. McGrath MH. The psychological safety of breast implant surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(7 Suppl 1):103S-109S.
24. Javo IM, Sørli T. Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery among young Norwegian women: a population-based study. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126(2):687-8.
25. Von Soest T, Kvale IL, Skolleborg KC, Roald HE. The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. *J Plastic Reconstr Aesth Surg.* 2009;62(10):1238-44.
26. O'Blencs CA, Delbridge CL, Miller BJ, Pantelis A, Morris SF. Prospective study of outcomes after reduction mammoplasty: long-term follow-up. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(2):351-8. PMID: 16462312
27. Goin MK, Rees TD. A prospective study of patients' psychological reactions to rhinoplasty. *Ann Plast Surg.* 1991;27(3):210-5. PMID: 1952747
28. Leonardo J. New York's highest court dismisses BDD case. *Plast Surg News.* 2001;1-9.
29. Sher L, Oquendo MA, Mann JJ. Risk of suicide in mood disorders. *Clin Neurosci Res.* 2001;1(5):337-344.
30. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry.* 2002;1(3):181-5.
31. Gorney M. Ten years' experience in aesthetic surgery malpractice claims. *Aesthet Surg J.* 2001;21(6):569-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1067/maj.2001.121244>
32. Joiner TE Jr. Does breast augmentation confer risk of or protection from suicide? *Aesthet Surg J.* 2003;23(5):370-5. PMID: 19336102 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1090-820X\(03\)00213-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1090-820X(03)00213-9)
33. Koot VC, Peeters PH, Granath F, Grobbee DE, Nyren O. Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants: prospective study. *BMJ.* 2003;326(7388):527-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7388.527>
34. Pukkala E, Kulmala I, Hovi SL, Hemminki E, Keskimäki I, Pakkanen M, et al. Causes of death among Finnish women with cosmetic breast implants, 1971-2001. *Ann Plast Surg.* 2003;51(4):339-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.sap.0000080407.97677.A>
35. Breiting VB, Hölmich LR, Brandt B, Fryzek JP, Wolthers MS, Kjølner K, et al. Long-term health status of Danish women with silicone breast implants. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(1):217-26; discussion 227-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000128823.77637.8>
36. Brinton LA, Lubin JH, Murray MC, Colton T, Hoover RN. Mortality rates among augmentation mammoplasty patients: an update. *Epidemiology.* 2006;17(2):162-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.ede.0000197056.84629.1>
37. Villeneuve PJ, Holowaty EJ, Brisson J, Xie L, Ugnat AM, Latulippe L, et al. Mortality among Canadian women with cosmetic breast implants. *Am J Epidemiol.* 2006;164(4):334-41. PMID: 16777929 DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwj214>
38. Lipworth L, Kjølner K, Hölmich LR, Friis S, Olsen JH, McLaughlin JK. Psychological characteristics of Danish women with cosmetic breast implants. *Ann Plast Surg.* 2009;63(1):11-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP0b013e318185731>
39. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ.* 1999;318(7193):1235-9. PMID: 10231250 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7193.1235>

Autor correspondente:*Paulo Renato de Paula**

Rua T-50, 540 - Setor Bueno - Goiânia, GO, Brasil

CEP 74215-200

E-mail: p-renato@uol.com.br

Anexo 1. Inventário de depressão Beck.

Beck Depression Inventory BDI (Beck et al., 1961) versão revisada (Beck et al., 1979 e 1996) Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Ocupação: _____ Escolaridade: _____ Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.	
1 (0) Não me sinto triste. (1) Eu me sinto triste. (2) Estou sempre triste e não consigo sair disto. (3) Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.	11 (0) Não sou mais irritado agora do que já fui. (1) Fico mais irritado mais facilmente do que costumava. (2) Atualmente me sinto irritado o tempo todo. (3) Não me irrita mais com as coisas que costumava irritar.
2 (0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. (1) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. (2) Acho que nada tenho a esperar. (3) Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.	12 (0) Não perdi o interesse pelas outras pessoas. (1) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. (2) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. (3) Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
3 (0) Não me sinto um fracasso. (1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. (2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. (3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.	13 (0) Tomo decisões tão bem quanto antes. (1) Adio as tomadas de decisões mais que costumava. (2) Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes. (3) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
4 (0) Tenho tanto prazer em tudo como antes. (1) Não sinto mais prazer nas coisas como antes. (2) Não encontro um prazer real em mais nada. (3) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.	14 (0) Não acho que minha aparência esteja pior do que antes. (1) Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos. (2) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativos. (3) Acredito que pareço feio.
5 (0) Não me sinto especialmente culpado. (1) Eu me sinto culpado grande parte do tempo. (2) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. (3) Eu me sinto sempre culpado.	15 (0) Posso trabalhar tão bem quanto antes. (1) Preciso de algum esforço extra para fazer alguma coisa. (2) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. (3) Não consigo mais fazer trabalho algum.
6 (0) Não acho que esteja sendo punido. (1) Acho que posso ser punido. (2) Creio que vou ser punido. (3) Acho que estou sendo punido.	16 (0) Consigo dormir tão bem como o habitual. (1) Não durmo tão bem quanto costumava. (2) Acordo 1 a 2 horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir. (3) Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
7 (0) Não me sinto decepcionado comigo mesmo. (1) Estou decepcionado comigo mesmo. (2) Estou enojado de mim. (3) Eu me odeio.	17 (0) Não fico mais cansado do que o habitual. (1) Fico cansado mais facilmente do que costumava. (2) Sinto-me cansado em fazer qualquer coisa. (3) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
8 (0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. (1) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. (2) Eu me culpo sempre por minhas falhas. (3) Eu me culpo por tudo de mau que acontece.	18 (0) Meu apetite não está pior do que o habitual. (1) Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser. (2) Meu apetite está pior agora. (3) Não tenho mais nenhum apetite.
9 (0) Não tenho quaisquer ideias de me matar. (1) Tenho ideias de me matar, mas não as executaria. (2) Gostaria de me matar. (3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.	19 (0) Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente. (1) Perdi mais de 2 quilos e meio. (2) Perdi mais de 5 quilos. (3) Perdi mais de 7 quilos. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim ____ Não ____
10 (0) Não choro mais do que o habitual. (1) Choro mais agora do que costumava. (2) Agora, choro o tempo todo. (3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.	20 (0) Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual. (1) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação. (2) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa. (3) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
	21 (0) Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. (1) Estou menos interessado por sexo do que costumava. (2) Estou muito menos interessado em sexo agora. (3) Perdi completamente o interesse por sexo.
_____ Subtotal _____ Escore Total.	