

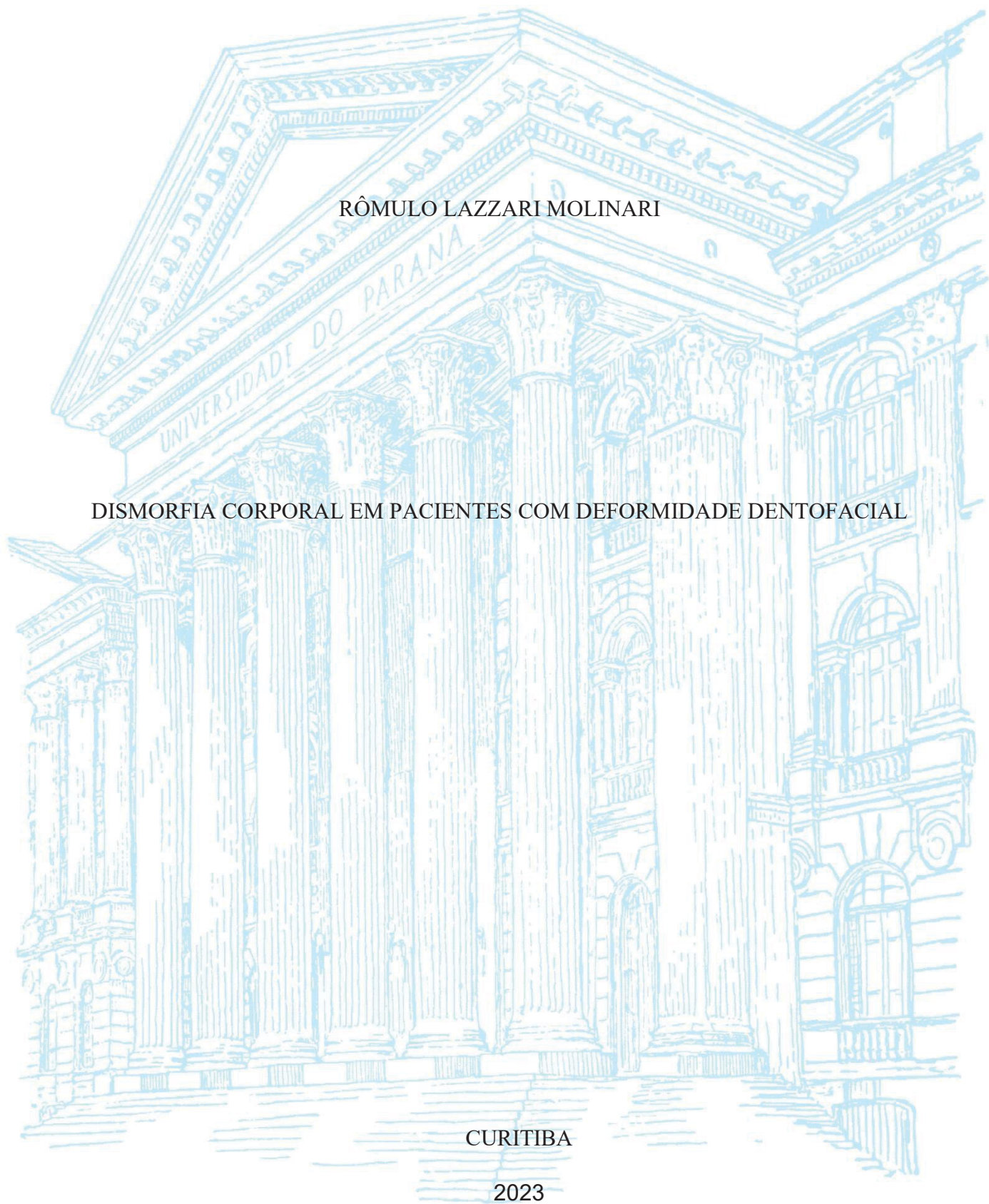
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RÔMULO LAZZARI MOLINARI

DISMORFIA CORPORAL EM PACIENTES COM DEFORMIDADE DENTOFACIAL

CURITIBA

2023



RÔMULO LAZZARI MOLINARI

DISMORFIA CORPORAL EM PACIENTES COM DEFORMIDADE DENTOFACIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial a defesa de Dissertação de Mestrado em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dr<sup>a</sup>. Rafaela Scariot  
Coorientadora: Profa. Dr<sup>a</sup>. Aline Sebastiani

CURITIBA

2023

Molinari, Rômulo Lazzari

Dismorfia corporal em pacientes com deformidade dentofacial [recurso eletrônico] / Rômulo Lazzari Molinari – Curitiba, 2023.

1 recurso online : PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Rafaela Scariot

Coorientador: Profa. Dra. Aline Sebastiani

1. Cirurgia ortognática. 2. Deformidades dentofaciais. 3. Pacientes. I. Scariot, Rafaela. II. Sebastiani, Aline. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 617.605



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ODONTOLOGIA -  
40001016065P8

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ODONTOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ROMULO LAZZARI MOLINARI** intitulada: **Dismorfia Corporal em Pacientes com Deformidade Dentofacial**, sob orientação da Profa. Dra. RAFAELA SCARIOT, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 06 de Novembro de 2023.

Assinatura Eletrônica

07/11/2023 12:50:13.0

RAFAELA SCARIOT

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

27/11/2023 22:50:55.0

LEANDRO EDUARDO KLÜPPEL

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

07/11/2023 15:12:36.0

DELSON JOÃO DA COSTA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

---

Av. Pref. Lothário Meissner, 632 - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80210-170 - Tel: (41) 3360-4134 - E-mail: posodonto@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.  
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 326486

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>  
e insira o código 326486

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me proporcionar a oportunidade da educação e pela minha profissão.

Agradeço a Universidade Federal do Paraná (UFPR), por me acolher de volta ao berço, em contínuo agradeço ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFPR (PPGO), pela carinhosa recepção e cooperação no desenvolvimento desta obra.

Meus mais sinceros agradecimentos a minha orientadora Prof. Dra. Rafaela Scariot, que em uma conversa rápida em uma sala de descanso de hospital me incentivou a consolidar um caminho na área de ensino e pesquisa.

Em sequência agradeço a minha co-orientadora Prof. Dra. Aline Sebastiani.

Também a meu colega Prof. Leonardo Silva Benato, pela parceria de 18 anos de sucesso na cirurgia Buco-Maxilo-Facial.

Por último minhas desculpas a minha filha Marcela Fabris Molinari e minha esposa Mariana Fabris Molinari pelas horas em que estive ausente em suas vidas.

## RESUMO

O transtorno dismórfico corporal (TDC) é uma desordem psíquica, na qual o indivíduo denota uma percepção errônea à sua aparência física, a ponto dessa percepção ser completamente distorcida da realidade. As deformidades dento-faciais (DDF) são desvios na proporção, simetria facial, e relação entre as arcadas dentárias. O objetivo deste trabalho foi avaliar a associação do TDC em pacientes com DDF que foram submetidos à cirurgia ortognática, e se o tipo de DDF está relacionado ao TDC. Foi realizado um estudo transversal com grupo de comparação, em pacientes adultos de ambos os sexos. Uma semana antes da cirurgia ortognática foram avaliados indivíduos com DDF no serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, da Universidade Federal do Paraná (UFPR), no período compreendido entre 2021 e 2022. A avaliação do TDC foi realizada através da aplicação dos questionários de Exame de Transtorno Dismórfico Corporal [*Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*] e a Escala Psicossocial de Aparência Facial (EPAF). O tipo de deformidade dentofacial foi avaliado através da classificação de Angle (classe I, II e III) e da análise cefalométrica através do ângulo ANB. O grupo de comparação foi composto por pacientes que compareceram à clínica por outras indicações cirúrgicas e que não apresentavam DDF. As amostras foram pareadas para idade e sexo. Os resultados foram submetidos a análise estatística pelo software IBM® SPSS versão 21.0. No total de 86 indivíduos foram avaliados e o restante, 80 compuseram a amostra final: 40 com DDF e 40 sem DDF. Desses, 36 (45%) eram do sexo masculino e 44 (55%) eram do sexo feminino. A mediana (mínima – máxima) da idade foi 27 (18 – 64). Quanto ao tipo de DDF, 8 (20%) eram classe II e 32 (80%) eram classe III. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o score do BDDE bem como a classificação dos critérios A ou B ( $p > 0,05$ ). Os pacientes com DDF apresentaram valores de EPAF maiores quando comparados aos indivíduos sem DDF ( $p < 0,001$ ). Houve uma correlação positiva moderada entre os valores do BDDE e do EPAF no grupo com DDF [rs 0,695 ( $p < 0,001$ )], enquanto no grupo sem DDF a correlação foi fraca [rs 0,400 ( $p = 0,022$ )]. Comparando as variáveis BDDE, critério A, critério B e EPAF com o tipo de deformidade (classe II e III) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Concluiu-se que pacientes com DDF são mais insatisfeitos com sua aparência facial que os sem DDF. A presença e o tipo da DDF não estão associados com os scores do BDDE e há uma correlação entre os escores do BDDE e do EPAF.

**Palavras-chave:** Cirurgia ortognática; Transtorno Dismórfico Corporal; Transtorno Dismórfico Facial.

## ABSTRACT

Body dysmorphic disorder (BDD) is a psychological disorder in which the individual has a misperception of physical appearance, to the point that this perception is completely distorted from reality. Dentofacial deformities (DFD) are deviations in proportion, facial symmetry, and relationship between the dental arches. The objective of this study was to evaluate the association of BDD in patients with DDF who underwent orthognathic surgery, and whether the type of DFD is related to BDD. A cross-sectional study was carried out with a comparison group, in adult patients of both sexes. One week before orthognathic surgery, individuals with DFD were evaluated at the Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology service, at the Federal University of Paraná (UFPR), in the period between 2021 and 2022. The assessment of BDD was carried out through the application of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) questionnaires and the Psychosocial Scale of Facial Appearance (EPAF). The type of DENTOFACIAL deformity was assessed using the Angle classification (class I, II and III) and cephalometric analysis using the ANB angle. The comparison group was made up of patients who attended the clinic for other surgical indications (extraction of third molars) and who did not have DFD. Samples were matched for age and sex. The results were subjected to statistical analysis using IBM® SPSS version 21.0 software. In total, 80 patients made up the final sample: 40 patients with DFD and 40 patients without DFD. Of the patients included, 36 (45%) were male and 44 (55%) were female. The median (minimum – maximum) age was 27 (18 – 64). Regarding the type of DFD, 8 (20%) were class II and 32 (80%) were class III. No statistically significant difference was found between the BDDE score and the classification according to criteria A or B ( $p > 0.05$ ). Patients with DFD had higher EPAF values when compared to individuals without DFD ( $p < 0.001$ ). There was a moderate positive correlation between BDDE and EPAF values in the group with DDF [ $r_s 0.695$  ( $p < 0.001$ )], while in the group without DFD the correlation was weak positive [ $r_s 0.400$  ( $p = 0.022$ )]. Comparing the variables BDDE, criterion A, criterion B and EPAF with the type of deformity (class II and III), we could not observe a statistically significant difference. It was concluded that patients with DDF are more dissatisfied with their facial appearance than those without DDF. The presence and type of DDF are not associated with BDDE scores and there is a correlation between BDDE and EPAF scores.

**Key words:** Orthognathic surgery; Body Dysmorphic Disorder; Facial Dysmorphic Disorder.

## LISTA DE SIGLAS

<b>TDC</b>	Transtorno Dismórfico Corporal
<b>DDF</b>	Deformidade Dento Facial
<b>BDDE</b>	Body Dysmorphic Disorder Examination
<b>EPAF</b>	Escala Psicossocial de Aparência Facial
<b>DC</b>	Dismorfia Corporal
<b>ISRS</b>	inibidores seletivos da recaptção da serotonina
<b>CID</b>	Classificação internacional de doenças
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Transtorno Dismórfico Corporal (TDC).....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Deformidade Dentofacial.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Cirurgia ortognática.....</b>	<b>19</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Geral.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Específicos.....</b>	<b>23</b>
<b>3. ARTIGO.....</b>	<b>24</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>40</b>
<b>Apêndice 1: Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>40</b>
<b>Apêndice 2: Parecer consubstanciado do CEP.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>47</b>
<b>Anexo 1: Exame de Transtorno Dismórfico Corporal (BDDE).....</b>	<b>47</b>
<b>Anexo 2: Escala Psicossocial de Aparência facial (EPAF).....</b>	<b>56</b>
<b>Anexo 3: Normas da Revista.....</b>	<b>57</b>

## 1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

A dismorfia corporal (DC) é uma alteração psíquica onde a percepção pessoal pode ser completamente diferente da opinião das outras pessoas com as quais o indivíduo convive, ou seja, um sentimento insatisfação com sua aparência, ou também uma percepção contrária. Essa dismorfia é prevalente em aproximadamente 1% da população (OTTO *et al.*, 2001) e pode chegar a índices de até 27,5% de suicídios (PHILLIPS; DIAZ, 1997). Esta percepção errônea pode ser especificamente na face, na qual o indivíduo denota uma preocupação exacerbada em relação a percepção dos defeitos relacionados a sua aparência (FEUSNER *et al.*, 2010). Mesmo indivíduos sem nenhuma alteração facial podem apresentar dismorfia, devido à percepção anormal da estética facial (YARYURA *et al.*, 2022) A percepção e processamento da face para os indivíduos com dismorfia corporal pode ser tão distorcido, a ponto do reconhecimento das expressões faciais serem erradas (FEUSNER *et al.*, 2010).

Esse tipo de distúrbio afeta gravemente a autoestima dos indivíduos, ocasionando comportamentos obsessivos, como por exemplo, a vontade de olhar frequentemente e por muito tempo ao espelho, comparação de padrão de beleza, busca de garantia, prevenção e/ou camuflagem em situações sociais. Esse comportamento pode vir associado a uma baixa produtividade no trabalho e dificuldade de relações conjugais (OTTO *et al.*, 2001).

As deformidades dentofaciais estão relacionadas a desvios das proporções faciais normais e as relações dentárias suficientemente graves para se transformarem em incapacitantes (PROFFIT, *et al.*; 2005). A combinação de ortodontia e cirurgia ortognática é o tratamento preconizado para os pacientes com essas deformidades. Por meio deste recurso terapêutico obtêm-se alterações dentofaciais importantes, que refletem não só no aspecto funcional, mas também no estético e emocional, sendo comum, pacientes relatarem melhora em sua autoestima e integração social após terem se submetido a esta cirurgia (PERES *et al.*, 2006; RAMOS, 2004; POSNICK; FANTUZZO; ORCHIN, 2006).

Estudos que o transtorno Dismórfico corporal deve ser levado em consideração em duas situações quando se considera qualquer tipo de cirurgia: indicar ou contra-indicar um procedimento cirúrgico, e/ou avaliar as alterações que podem ocorrer no pós-operatório (SARWER; CRERAND; DIDIE, 2003). Evidências preliminares sugerem que pessoas com TDC não se beneficiam de tratamentos cosméticos e frequentemente experimentam uma piora dos seus sintomas após as cirurgias. Assim, a identificação da sintomatologia do TDC tornou-se uma parte importante de determinar a adequação dos pacientes para procedimentos

cosméticos (PERES *et al.*, 2006; RAMOS, 2004). Sabendo que a cirurgia ortognática possui caráter funcional e estético, entende-se que os TDC e TDF devem ser considerados na avaliação pré-operatória desses pacientes.

### **1.1 Transtorno Dismórfico Corporal (TDC)**

O TDC é caracterizado pela preocupação constante das “falhas” presentes na aparência do indivíduo. Apesar de essas “falhas” normalmente serem ausentes, ou imperceptíveis a olhos não clínicos, elas proporcionam a estes indivíduos sofrimentos intensos e persistentes (YARYURA *et al.*, 2002) a ponto de causar altas taxas de desemprego, isolamento social e deficiência ocupacional. Na idade jovem podem ainda estar relacionadas ao baixo rendimento acadêmico, ao abandono escolar e às altas taxas de suicídio (17% a 77%) (KREBS; *et al.*, 2017; AHLUWALIA *et al.*, 2017).

O TDC se apresenta de diferentes formas e com sintomas significativos, sendo um desafio para o tratamento e manejo a longo prazo (NANCY *et al.*, 2019). Os comportamentos dos indivíduos com essas comorbidades são difíceis de controlar e causam grande sensação de angústia, em atos que podem durar cerca de 3 a 8 horas por dia (NICEWICZ; BOUTROUILLE, 2022). A proporção da população acometida por esse transtorno tem uma variação na literatura como colocado por Szabó e Szászi (2021), que afirmam que “a prevalência do TDC é de 2% na população geral, 3,3% em estudantes de nível superior, 7,4% entre pacientes psiquiátricos adolescentes e adultos internados e acima de 10% em pacientes de cirurgia estética ou dermatologia” (SZABÓ & SZÁSZI, 2021).

O estudo desse transtorno pode ter enfoque na epidemiologia, apresentação clínica, desafios e opções de tratamento, e manejo a longo prazo do transtorno (NANCY *et al.*, 2019). O subdiagnóstico do TDC é feito em ambientes clínicos (HREFNA, *et al.* 2019), todavia, existe grande dificuldade nesse processo, já que estima-se que o diagnóstico é feito em apenas 15% dos casos, e que esses indivíduos acometidos pela doença raramente recebem tratamento adequado (SZABÓ & SZÁSZI, 2021).

As preocupações do paciente, mesmo que subjetivas com a aparência, ou observância em excesso com falhas mínimas, devem estar entre os diagnósticos diferenciados de TDC (AHLUWALIA *et al.*, 2017). Outra característica dos portadores de TDC é que em determinados períodos do curso da doença o indivíduo terá alguns comportamentos repetitivos, como por exemplo, verificação frequente e minuciosa ao espelho, limpeza excessiva, uso intensificado de cosméticos, busca de garantia e atos mentais como questionar

outras pessoas colhendo opinião sobre sua aparência e comparação com a beleza estética de outros (KREBS; CRUZ; COLS, 2017).

A importância quanto aos sintomas do transtorno deve-se pelo diagnóstico incorreto, que acaba por desencadear tratamentos ineficazes (HREFNA; ARNA; ANDRI, *et al* 2019). Os autores afirmam ainda sobre a necessidade de tratamentos para pacientes com TDC, fato que exige a continuidade de pesquisas na área, e que deem ênfase também aos fatores de risco do transtorno, como o TDC em jovens, já que o transtorno aparece por volta dos 12 anos de idade (HREFNA; ARNA; ANDRI, 2019).

A etio-patogênese do TDC se dá pela interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (SZABÓ & SZÁSZI, 2021). Como métodos de tratamento, os estudos sugerem terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a medicação com inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), já que tratamentos cosméticos e dermatológicos pouco contribuem com a melhora do TDC (HREFNA; ARNA; ANDRI, 2019). Todavia, os inibidores são recomendados com ressalvas com relação ao tempo de administração e dosagem (SIEGFRIED; AYROLLES; RAHIOUI, 2018).

O curso crônico da TDC faz com que a terapia tenha de ser continuada em prazo indefinido. Já com relação ao manejo de farmacoterapêuticos, poucos estudos tratam desse manejo a longo prazo, mas os ISRS são a droga estabelecida para tratamento de pacientes com TDC (NANCY *et al.*, 2019).

Estudos sugerem também o uso de medicamentos antipsicóticos, e até a sua combinação com inibidores da recaptação de serotonina. Apesar disso, tais pesquisas são ainda insuficientes, principalmente no que tange à combinação de fármacos. Na busca por tratar e gerenciar de forma efetiva o TDC, são necessário, portanto, estudos que explorem o uso a longo prazo de terapias e combinações de diferentes técnicas (NANCY *et al.*, 2019). Dessa forma, ainda com as limitações existentes, a combinação de inibidores da recaptação de serotonina com TCC ainda é o protocolo de tratamento mais adequado à essa doença (SZABÓ & SZÁSZI, 2021).

A caracterização do TDC passou por diferentes etapas e mesmo agora, com sua categoria própria e seu reconhecimento como uma patologia crônica, esse transtorno ainda é pouco compreendido. Em 1997 o TDC era pouco discutido na academia e pelos profissionais de saúde. Na 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), o manual de diagnóstico dominante na Europa, publicado em 1992, o TDC era caracterizado como um transtorno hipocondríaco e não tinha categoria diagnóstica. Já em 2018, em sua 11ª edição a

CID incluiu o TDC como categoria diagnóstica independente dentro do novo capítulo sobre 'transtornos obsessivo-compulsivos ou relacionados' (AMITA; GEORGINA, 2021).

Em 1952 a *American Psychiatric Association* (APA, 2022) publicou pela primeira vez o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, um sistema de diagnóstico para transtornos mentais. Em 1980, o TDC foi incluído pela primeira vez no DSM como um exemplo de transtorno que não possuía critérios diagnósticos, e somente em 1987, o transtorno foi classificado como transtorno dismórfico corporal.

Esse documento, atualizado de forma periódica, traz em cada versão adaptações e evolução de conceitos e enquadramentos, conforme aponta Hrefna, Arna e Andri (2019):

“De acordo com o DSM-5, o transtorno se enquadra em uma nova categoria dentro do sistema de diagnóstico chamado transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados. Dentro desta categoria estão transtorno obsessivo-compulsivo, tricotilomania, transtorno de escoriação e transtorno de acumulação. Para ser diagnosticado com LSR de acordo com o DSM-5, a pessoa deve ter pensamentos persistentes e negativos sobre um defeito de aparência que não é visível para os outros. Se houver uma falha, é menor e se preocupar com isso é exagerado. A maioria das pessoas ocasionalmente experimenta insatisfação com sua própria aparência, mas para diferenciar essas preocupações "normais" de LSR, estima-se que as pessoas passem uma hora ou mais por dia pensando obsessivamente sobre sua aparência. A pessoa deve ter respondido a pensamentos sobre o defeito corporal com comportamento repetitivo (por exemplo, verificar a parte do corpo em um espelho, penteá-la ou escondê-la) ou operações mentais repetitivas (por exemplo, comparar sua parte do corpo com outras) em algum momento da vida. o curso do transtorno. Muitas vezes, esse comportamento é compulsivo e, portanto, a pessoa se sente compelida a responder a pensamentos obsessivos dessa maneira (HREFNA; ARNA; ANDRI, 2019 p. 2)

Apesar de qualquer parte do corpo poder estar envolvida, comumente as falhas físicas percebidas pelos indivíduos acometidos, ocorrem na pele, cabelo ou nariz. Essas preocupações podem aparecer em 5 a 7 partes diferentes do corpo ao longo da vida (NICEWICZ; BOUTROUILLE, 2022).

O TDC também pode se apresentar em uma dismorfia muscular, em que o indivíduo percebe que seus músculos são muito pequenos ou insuficientes. Outra forma desse transtorno se apresentar é chamada de segmentação. Nesses casos o TDC ocorre por procuração, em que essa preocupação ocorre pela percepção do defeito físico em outra pessoa (NICEWICZ & BOUTROUILLE, 2022).

A necessidade de conhecimento dos profissionais de odontologia nesse transtorno se deve ao fato de que pacientes com TDC vão ao dentista de forma regular e frequente, ainda mais quando se trata de odontólogos especializados em estética. O crescimento do mercado da estética aumenta a probabilidade de que dentistas especialistas na área encontrem esse

grupo de pacientes com frequência, antes mesmo de que esses tenham estabelecido contato com profissionais de saúde mental (MARTIN; *et al*, 2019).

O TDC tem maior representatividade em pacientes que buscam procedimentos estéticos quando comparado aos demais que não buscam por cirurgia estética, todavia, os sintomas da doença podem piorar após intervenções estéticas, porque ao invés da preocupação deixar de existir, ela somente migra para uma área diferente do corpo (KUHN *et al.*, 2018). Dessa forma, os pacientes com TDC que utilizam cosméticos ou procedimentos cirúrgicos para tentar se desfazer dos incômodos com relação à sua aparência, por vezes lidam com um benefício inicial transitório, podendo ter remissão de sintomas e a longo prazo, um aumento de preocupação (SIEGFRIED; *et al* I, 2018)

Por isso, a avaliação do paciente é fundamental, já que a alta demanda por cosmetologia evidencia que nem todos os que procuram esse tipo de intervenção são candidatos ideais aos procedimentos que querem se submeter (SHIVAKUMAR *et al.*, 2021), o que torna necessária a avaliação comportamental do paciente pelos distúrbios psiquiátricos, ação que demanda conhecimentos e habilidades diferentes das competências dos profissionais da área da estética (BASCARANE; *et al*, 2021).

Bascarane, Kuppili e Menon (2021), em um estudo sobre a avaliação psiquiátrica e gestão de clientes submetidos à cirurgia estética, constataram que a prevalência de transtorno psiquiátrico em pacientes submetidos à cirurgia estética foi de 4% a 57% para TDC; para depressão o resultado foi de 4,8% a 25%, para ansiedade, 10,8% a 22% e para transtorno de personalidade 0% a 53% (BASCARANE; KUPPILI; MENON, 2021).

Há ainda uma correlação entre TDC em adultos jovens associado a psicopatologias e traços impulsivos e compulsivo, como, depressão, ansiedade e comportamento sexual compulsivo (GRANT; LUST; CHAMBERLAIN, 2019). Há ainda muitos casos em que o TDC é confundido com outras psicopatologias, como transtorno depressivo maior, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno por uso de substâncias e transtorno de ansiedade social (KOENIG *et al.*, 2021). Apesar da importância do assunto, pouca atenção foi dada para o TDC quando comparada às condições semelhantes como o transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Porém, atualmente, com a percepção da gravidade, mais esforços acadêmicos têm levado à compreensão sobre o diagnóstico e tratamento do assunto (KREBS; CRUZ; COLS, 2017; AHLUWALIA *et al.*, 2017).

Embora o transtorno dismórfico corporal possa se manifestar como uma insatisfação pessoal relacionada a qualquer parte do corpo, a face deve ser considerada um ponto chave para tal observação.

A aparência facial é vital para o reconhecimento e comunicação humana. Existe, portanto, uma preocupação com a estética, pois são muitos os que almejam um rosto belo. Indivíduos com TDC preocupam-se com qualquer aspecto estético, porém, as preocupações mais frequentes estão relacionadas com aspectos faciais, o que inclui, nariz, olhos pele e cabelo (KREBS; *et al.*, 2017).

Os indivíduos com TDC com apelo à estética facial apresentam uma percepção anormal da estética facial, mesmo que não possuam nenhuma alteração facial (YARYURA *et al.*, 2022). A percepção e processamento das faces, para indivíduos portadores de TDC podem ser tão distorcidas, a ponto de o reconhecimento das expressões faciais serem erradas (FEUSNER *et al.*, 2010).

O TDC ocasiona comportamentos obsessivos como comparação do padrão de beleza, camuflagem em situações sociais, baixa produtividade no trabalho e dificuldade nos relacionamentos conjugais, que afetam gravemente a autoestima daqueles com o transtorno (OTTO *et al.*, 2001).

Pacientes com DDF apresentam problemas de ajuste e adaptação social, com consequências negativas para sua saúde mental (NICODEMO; PEREIRA; FERREIRA; 2008). Com o crescente acesso às oportunidades de tratamento odontológico, cada vez mais indivíduos buscam no tratamento ortodôntico a melhora da estética facial, sendo para estes, a estética facial um fator importante para o bem-estar emocional (ANGELAKIS *et al.*; 2016).

## **1.2 Deformidade Dentofacial (DDF)**

Com uma junção de ângulos, o rosto humano se compõe como um mosaico em que elementos como as linhas, planos, formas, texturas e cores, interagem e produzem formas que nem sempre se alinham aos padrões estéticos traçados e à normalidade funcional (DANTAS *et al.*, 2015). Assim, os pacientes com DDF enfrentam não só problemas relacionados à questão de harmonia facial, mas também uma série de problemas fisiológicos associados (SOH; NARAYANAN, 2013).

Os problemas de relação entre as arcadas dentárias, e por consequência, sua má-oclusão que necessitam da associação da ortodontia com procedimentos cirúrgicos, são definidas como deformidades dentofaciais (DDF), diferenciando daqueles problemas oclusais

menos graves que podem ser resolvidos somente com aparatologia ortodôntica (ARAÚJO, 1999).

As causas das DDF incluem algumas síndromes conhecidas, genética, fatores ambientais e neuromusculares, traumas e tumores (YAMADA; SUGIYAMA; MORI, 2020). Além disso, o desenvolvimento embriológico bem como o crescimento pós natal, da região craniofacial, é um processo extremamente complexo, onde cada um dos elementos das estruturas craniofaciais, e unidades de esqueleto dos tecidos moles, mudam harmonicamente, tanto estruturalmente como espacialmente, em posição, direção, velocidade, extensão e momentos diferentes. Qualquer desequilíbrio destas várias sequências pode levar as anomalias craniofaciais (OBWEGESER, 2007).

A má oclusão e anomalias esqueléticas associadas da face podem ocorrer como resultado de uma variedade de fatores, incluindo tendências hereditárias, deficiências embrionárias, doenças sistêmicas que ocorrem durante o crescimento, trauma e até influências ambientais (HUPP; *et al*, 2014). Essas deformidades alteram a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB), sendo imprescindível a administração de protocolos de tratamento, como a cirurgia ortognática, incluindo o método convencional de três estágios e a primeira abordagem cirúrgica (SINGH; VEALE, 2019).

São listadas na literatura quinze definições dos tipos das deformidades faciais. Essas definições podem ser basicamente apresentadas como: excesso maxilar com ou sem deficiência mandibular, deficiência mandibular com ou sem deformidade maxilar, prognatismo mandibular assimétrico com ou sem deformidade maxilar, excesso mandibular e deficiência maxilar, e deficiência maxilar e mandibular (POSNICK *et al*, 2006).

A análise de perfil facial é de suma importância no diagnóstico das DDF. Em 1907, Angle descrevia que era capaz de diagnosticar de longe uma má oclusão apenas pelo perfil facial. A classificação de Angle é definida da seguinte forma. Classe I: A relação ântero-posterior do primeiro molar superior com o primeiro molar inferior esta normal; Classe II: o molar superior está em uma relação distal ao molar inferior e classe III: O molar superior está em uma relação mesial ao molar inferior (ANGLE 1899).

A análise morfológica da face é o principal recurso diagnóstico para determinação do padrão facial que, por sua vez, remete a protocolos de tratamento e prognósticos específicos em diferentes faixas etárias (CAPELOZZA FILHO; 2004).

Os indivíduos podem ser classificados como Padrão I, II ou III; Face Longa ou Face Curta. O Padrão I é identificado pela normalidade facial (Fig. 01). A má oclusão, quando presente, é apenas dentária e não associada a qualquer discrepância esquelética, sagital ou



vertical. Os Padrões II (Fig. 02) e III (Fig. 03) são caracterizados pelo degrau sagital entre a maxila e a mandíbula, sendo positivo ou negativo, respectivamente. Nos padrões face longa e face curta, a discrepância é vertical. Nos pacientes com erros esqueléticos, as más oclusões são geralmente consequência dessas discrepâncias (REIS *et al.*, 2011).

Figura 01 - Perfil Facial classe I



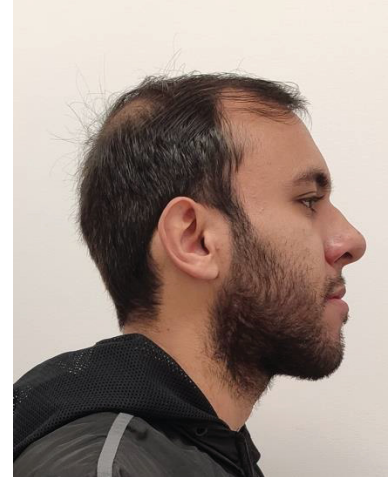
Fonte: Arquivo do Autor

Figura 02 - Perfil facial convexo classe II



Fonte: Arquivo do Autor

Figura 03 - Perfil facial côncavo classe III



Fonte: Arquivo do Autor

A má oclusão de Classe III, DDF ligada ao crescimento com prognatismo mandibular em relação à maxila e/ou base do crânio, acomete diferentes raças, e grupos étnicos. Sua etiologia é multifatorial, ou seja, decorre da distorção moderada do desenvolvimento normal resultante da interação entre fatores inatos ou genéticos, e hereditários com fatores ambientais (ZERE *et al.*, 2018).

O tratamento dessa DDF altera a qualidade de vida do paciente de diversas formas. Em estudo de caso, Ni, Song e Zhou (2019) apontam que, em pacientes com má oclusão de Classe III após tratamento ortodôntico cirúrgico usando abordagens genéricas de saúde bucal e condições específicas, a qualidade de vida em pacientes com má oclusão de Classe III melhorou significativamente após o tratamento ortodôntico pós-cirúrgico, com alterações positivas na função oral e estética facial (NI; *et al.*, 2019).

A identificação das DDF experimentam importantes avanços tecnológicos que contribuem para maior exatidão do diagnóstico, o que contribui para o planejamento de tratamentos consequente melhora de resultados (NI; *et al.*, 2019). A tecnologia de raios-x aplicadas ao esqueleto craniofacial são utilizadas para diagnóstico e tratamento de anomalias faciais (TAUB, 2007). As imagens fornecidas pelas telerradiografias de perfil são ponto de partida para análises cefalométricas, na qual se busca valores médios ideais de oclusão,

proporções e perfil facial (Figs. 04, 05 e 06) (AJAYI, 2005). A Figura 07 mostra os pontos cefalométricos da face após traçado das estruturas anatômicas.

Figura 04 - Perfil cefalométrico classe I



Fonte: Arquivo do Autor

Figura 05 - Perfil cefalométrico classe II

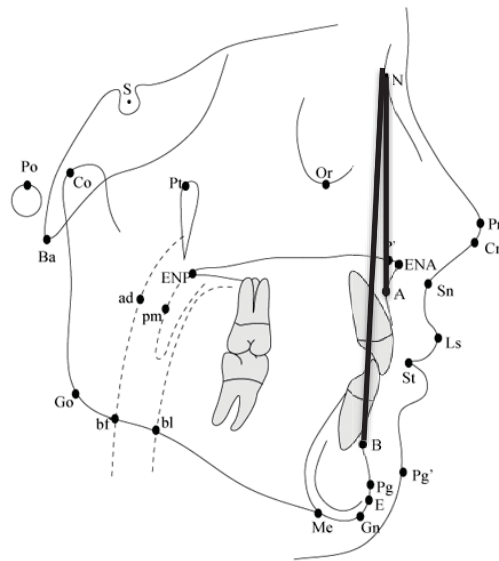


Fonte: Arquivo do Autor  
Pontos Cefalométrico

Figura 06 - Perfil cefalométrico classe III



Fonte: Arquivo do Autor Figura 7 –



Fonte: Gandini *et al.*, 2005.

São analisadas as grandezas cefalométricas de interesse ortodôntico, a partir do traçado de ângulos (MILANESI *et al.*, 2013). Segundo Capelozza (2004), um dos primeiros questionamentos que se faz aplicado à análise facial, é a cefalometria. Para tanto, no diagnóstico das DDF devemos lançar mão de algumas medidas cefalométricas importantes para avaliação ântero- posterior da face, que podem ser os ângulos SNA, SNB e ANB bem como a profundidade maxila e profundidade mandíbula (RIBAS, 2005). O ângulo SNA é formado pelos pontos sela, násio e ponto A; e mostra a posição ântero-posterior da maxila em relação à base do crânio. O ângulo SNB é formado pelos pontos sela, násio e ponto B e mostra

a posição ântero-posterior da mandíbula em relação à base anterior do crânio, e o ângulo ANB é o formado pelos pontos náseo, ponto A e ponto B e representa a relação maxilo-mandibular no sentido ântero-posterior (GANDINI *et al.*, 2005; KERBER; MACÊDO; BERTHOLD, 2018).

Com relação às técnicas de análise, diferentes métodos foram desenvolvidas para caracterizar a arquitetura esquelética da face, e a junção das medidas cefalométricas possibilita as análises que resultam em informações a respeito dos tamanhos e formas dos componentes craniofaciais, posições relativas e orientações (GANDINI *et al.*, 2005).

Tradicionalmente, para diagnóstico ortodôntico e planejamento de tratamento, essa análise é feita nas telerradiografias laterais do crânio (BALDINI *et al.*, 2022). Nesse sistema convencional de classificação esquelética para diagnóstico ortodôntico e planejamento do tratamento (cefalometria lateral), os pontos de referência são marcados individualmente, o que aumenta a possibilidade de erros e exige maior tempo gasto no processo (YU *et al.*, 2020). Diante dessas distorções que podem se apresentar, as avaliações cefalométricas podem ser realizadas diretamente nas varreduras de tomografia computadorizada de feixe cônico (BALDINI *et al.*, 2022).

### 1.3 Cirurgia ortognática

Pacientes com desarmonias da face buscam na ortodontia a resolução de problemas que comprometem a função da mastigação, estética e fala (LATHROP-MARSHALL *et al.*, 2022). O tratamento ortodôntico para tratamento da má oclusão se popularizou na década de 70, sendo passível de combinação com técnicas cirúrgicas para correção do perfil esquelético e má oclusão (SEO; CHOI, 2021). O protocolo de tratamento das DDF graves geralmente é feito com a combinação de tratamento ortodôntico e cirurgia ortognática (MÖHLHENRICH *et al.*, 2021).

A cirurgia ortognática, é definida por procedimentos de osteotomia dos ossos do sistema mastigatório, com o objetivo de corrigir as discrepâncias entre os maxilares e estabelecer o equilíbrio entre a face e o crânio. As DDF tratadas pela cirurgia ortognática podem ser isoladas, somente em maxila, ou mandíbula, e também combinados em maxila e mandíbula (HUPP; *et al.*, 2014). A decisão sobre a abordagem cirúrgica mandíbula e maxila tem parte subjetiva por envolver o conforto do cirurgião com a técnica a ser utilizada. Dessa forma, a decisão sobre a sequência de operação de dois maxilares, cirurgia de maxila ou mandíbula, ainda é controversa (SEO; CHOI, 2021).

Uma vez corrigida a relação maxilo-mandibular, melhoras na mastigação, fonética, respiração e estética facial, repercutirão positivamente na vida pessoal e social do indivíduo (LAUREANO *et al.*, 2003; RIBAS *et al.*, 2005). A cirurgia ortognática tem objetivo estético-funcional que inclui melhora na mastigação, fonação, função da articulação temporomandibular, aumento na luz das vias aéreas e com isso melhora do ronco e apneia obstrutiva do sono (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2014).

O escopo de benefícios da cirurgia ortognática tem aumentado de forma constante, indo além da correção de má oclusão e perfil facial, onde os interesses compreendem também o tratamento de apneia obstrutiva do sono e resultados estéticos (SEO; CHOI, 2021). Dessa forma, ainda que os resultados funcionais sejam inegáveis, o resultado estético deve ser considerado, já que muitos pacientes buscam o tratamento sem queixas funcionais, almejando somente mudanças estéticas, e que essas têm importante papel na saúde mental dos indivíduos (GRILLO *et al.*, 2022).

A cirurgia ortognática é conduzida por uma equipe multidisciplinar, que pode incluir vários profissionais, como psicólogos, fonoaudiólogos e nutricionistas. Obrigatoriamente, o paciente deve consultar com dois profissionais específicos que são o ortodontista e o cirurgião buco-maxilo-facial. O tratamento ortodôntico pode ser prévio à cirurgia e dura em média um ano e meio, ou em casos específicos, pode ser executado após a cirurgia, sendo nesse caso o benefício antecipado da cirurgia (EHRENFELD; *et al.*, 2012). Entretanto, atualmente tem-se tentado reduzir o período de tratamento ortodôntico pré-cirúrgico pelos inúmeros desconfortos que essa etapa causa nos pacientes (SEO; CHOI, 2021).

Algumas DDF podem eventualmente serem tratadas apenas por ortodontia e, quando esta discrepância ultrapassa os limites da ortodontia, os procedimentos de osteotomia dos maxilares são indicados. Embora osteotomias isoladas de maxila e mandíbula melhorem a estética e função facial, geralmente os procedimentos bimaxilares são os indicados para as grandes discrepâncias antero-posteriores da relação entre as arcadas dentárias, mordidas abertas e assimetrias faciais (HUPP; *et al.*, 2014).

Além da adequação das medidas e cuidado com a parte óssea, Möhlhenrich *et al.*, (2021) alertam sobre os efeitos da cirurgia ortognática nos tecidos moles, que precisam ser considerados no processo decisório do tipo de método cirúrgico empregado para correção da DDF (MÖHLHENRICH *et al.*, 2021). Como a cirurgia ortognática pode não alcançar o resultado esperado nos tecidos moles, as opções de enxerto podem ser consideradas para melhor benefício estético (SEO; CHOI, 2021).

O impacto da cirurgia ortognática na qualidade de vida do paciente é comprovado por uma série de estudos (GRILLO *et al.*, 2022; SEO; CHOI, 2021; SOH; NARAYANAN, 2013). Há ganhos comprovados em questões de saúde bucal e saúde geral percebidos de 3 a 6 meses pós-cirurgia, com discrepâncias significativas entre pacientes classe II e classe III. Os pacientes classe III apresentaram maiores benefícios que os pacientes classe II em períodos específicos do pós-cirúrgico (DUARTE *et al.*, 2021).

Ainda sobre as particularidades de cada classe de discrepância esquelética, as distorções na fala, por exemplo, acometem 18 vezes mais frequentemente pacientes Classe III do que na população geral (LATHROP-MARSHALL *et al.*, 2022). Dessa forma, apesar de as evidências encontradas até então serem insuficientes para comprovar as diferenças do impacto da cirurgia ortognática nos pacientes classe II e III na qualidade de vida relacionada a saúde bucal (QVRSB), as pesquisas apontam para uma gama de benefícios maior aos pacientes classe III, principalmente na questão funcional, já que os pacientes classe III tiveram melhora funcional significativamente maior que os pacientes classe II (DUARTE *et al.*, 2021).

Outros fatores como o acompanhamento dos efeitos cirúrgicos a longo prazo também devem ser avaliados, pois é preciso fundamentar ainda mais os resultados e acompanhar as percepções do paciente ao se considerar os fatores funcionais, estéticos e psicossociais (SOH; NARAYANAN, 2013). As mudanças emocionais precisam analisadas, pois o estado psicológico do paciente pode sofrer alterações positivas ou negativas, com interferência direta em sua qualidade de vida (ALVES E SILVA *et al.*, 2013). Sugere-se então maiores ensaios clínicos randomizados, maior profundidade na análise de diferentes DDF e dos diferentes métodos cirúrgicos (SOH; NARAYANAN, 2013).

A evolução das técnicas relacionadas à cirurgia ortognática como a combinação da tecnologia tridimensional (3D) no processo de planejamento cirúrgico, assegura uma série de benefícios (SEO; CHOI, 2021). Ainda que o método 2D ainda seja mais popular, o uso da simulação 3D está aumentando constantemente (LONIC *et al.*, 2016) devido seu alto grau de precisão, principalmente em termos de simetria frontal (ALKHAYER *et al.*, 2020). Essa tecnologia digital permite uma cirurgia mais sofisticada e é utilizada desde o plano cirúrgico até a impressão da tala cirúrgica (SEO; CHOI, 2021).

Todavia, ainda que o planejamento virtual seja um método tão imprescindível para o planejamento do tratamento ortognático, os ensaios clínicos são indispensáveis para a validação desse processo (ALKHAYER *et al.*, 2020), assim como a análise facial dos pacientes continua sendo importante. É essencial que seja realizada a análise facial deve ser

feita diretamente na face do paciente; bem como serem consideradas as percepções do próprio paciente com relação às suas queixas funcionais ou estéticas (GRILLO *et al.*, 2022).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Comparar a prevalência do TDC nos pacientes com e sem DDF.

### **2.2 Específicos**

Avaliar se o TDC está associado com o tipo da DDF;

Avaliar se há correlação entre TDC e o EPAF.

### 3. ARTIGO

#### TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EM PACIENTES COM DEFORMIDADE DENTOFACIAL

Este artigo será submetido a revista *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*.

#### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a presença de transtorno dismórfico corporal (TDC) em indivíduos com deformidade dentofacial (DDF), e se o TDC está relacionado ao tipo de DDF. **Materiais e métodos:** Transversal com grupo comparação. Avaliados indivíduos adultos uma semana antes da cirurgia. O TDC foi avaliado pelos questionários: exame de transtorno dismórfico corporal (BDDE), e escala psicossocial de aparência facial (EPAF). O tipo de DDF foi avaliado como classe I, II e III de Angle. O grupo comparação foi composto por indivíduos sem indicações cirúrgicas e pareados para idade e sexo. **Resultados:** 80 pacientes, 36 sexo masculino e 44 sexo feminino. Destes 8 eram classe II e 32 classe III. Pacientes com DDF apresentaram EPAF maior que os sem DDF ( $p < 0,001$ ). Houve correlação positiva moderada entre valores do BDDE e EPAF no grupo com DDF [ $r_s$  0,695 ( $p < 0,001$ )], e correlação positiva fraca no grupo sem DDF [ $r_s$  0,400 ( $p = 0,022$ )]. **Conclusão:** Pacientes com DDF são mais insatisfeitos com sua aparência facial que os sem DDF. A presença e o tipo da DDF não estão associados com scores do BDDE. Há correlação entre os escores do BDDE e EPAF, indicando maiores chances dos indivíduos com DDF serem diagnosticados com TDC.

**Palavras-chave:** Cirurgia ortognática; Transtorno Dismórfico Corporal.

#### INTRODUÇÃO

O transtorno dismórfico corporal (TDC) é uma alteração psíquica onde a autopercepção corporal e facial pode ser completamente diferente da opinião das outras pessoas com as quais o indivíduo convive, ou seja, um sentimento insatisfação com sua aparência, ou também uma percepção contrária. Essa dismorfia ocorre em aproximadamente 1% da população<sup>1</sup> e pode chegar a índices de até 27,5% de suicídios em indivíduos diagnosticados com TDC<sup>2</sup>.



O TDC pode ocorrer por uma insatisfação com a aparência facial, na qual o indivíduo denota uma preocupação exacerbada em relação a percepção dos defeitos relacionados a sua aparência<sup>3</sup>. Mesmo indivíduos sem nenhuma alteração facial podem apresentar dismorfia, devido à percepção anormal da estética facial<sup>4</sup>. A percepção e processamento da face para os indivíduos com dismorfia corporal pode ser tão distorcido, a ponto do reconhecimento das expressões faciais serem erradas<sup>5</sup>, afetando gravemente a autoestima dos indivíduos, ocasionando comportamentos obsessivos, como por exemplo, a vontade de olhar frequentemente e por muito tempo ao espelho, comparação de padrão de beleza, busca de garantia e prevenção e/ou camuflagem em situações sociais. Esse comportamento pode vir associado a uma baixa produtividade no trabalho e dificuldade de relações conjugais<sup>1</sup>.

Esse transtorno é muito relevante e em especial para os profissionais que trabalham com o tratamento das deformidades dentofaciais (DDF). As DDF estão relacionadas a desvios das proporções faciais normais e relações dentárias suficientemente graves para se transformarem em incapacitantes<sup>6</sup>. A combinação de ortodontia e cirurgia ortognática é o tratamento preconizado para os pacientes com essas deformidades. Por meio deste recurso terapêutico obtêm-se alterações dentofaciais importantes, que refletem não só no aspecto funcional, mas também no estético e emocional, sendo comum, pacientes relatarem melhora em sua autoestima e integração social após terem se submetido a esta cirurgia<sup>7, 8, 9</sup>.

Estudos sugerem que a atenção a dismorfia deve ser levada em consideração em duas situações quando se considera qualquer tipo de cirurgia: indicar ou contra-indicar um procedimento cirúrgico, e/ou avaliar as alterações que podem ocorrer no pós operatório<sup>10</sup>. Evidências preliminares sugerem que pessoas com TDC não se beneficiam de tratamentos cosméticos e frequentemente experimentam uma piora dos seus sintomas após as cirurgias. Assim, a identificação do TDC tornou-se uma parte importante a ser considerada no tratamento dos pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos que alteram a estética facial<sup>7, 8</sup>. Diante disso e tendo a cirurgia ortognática caráter funcional e estético, entende-se que os TDC deve ser considerado na avaliação pré-operatória desses pacientes.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo comparar a prevalência do TDC em pacientes com e sem DDF, diagnosticado através de dois instrumentos BDDE (Exame de Transtorno Dismórfico Corporal) e EPAF (Escala Psicossocial de Aparência Facial).

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, com CAAE número 57501822.0.0000.0102 (apêndice 02). Além disso, o estudo seguiu todas as recomendações da Declaração de Helsinque para estudos em seres humanos. Os indivíduos aceitaram participar do estudo ao lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 01).

### Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal com grupo de comparação pareado por sexo e idade, com amostragem por conveniência. Dois grupos de pacientes foram formados: grupo com DDF e grupo sem DDF. Todos foram convidados a participar da pesquisa no mesmo serviço de Cirurgia e Traumatologia buco-maxilo-facial (Universidade Federal do Paraná – UFPR, Curitiba, PR, Brasil). Os critérios de inclusão para o grupo com DDF foram: pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, alfabetizados, sem histórico de cirurgias prévias na face, que compareceram ao Serviço para serem submetidos a cirurgia ortognática. Os critérios de inclusão para o grupo sem DDF foram: pacientes que compareciam ao serviço com outras indicações cirúrgicas que não a cirurgia ortognática e que tivessem sexo e idade compatíveis ao pareamento dos indivíduos já incluídos no grupo com DDF. Os critérios de exclusão para o grupo com DDF foram indivíduos submetidos a outras cirurgias na face, bem como indivíduos sindrômicos, com fissura labiopalatina e indivíduos classe I com indicação de cirurgia ortognática, mas sem DDF, como por exemplo correção cirúrgica da síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS). Além disso foram excluídos indivíduos que não responderam corretamente os questionários. Os critérios de exclusão do grupo sem DDF foram os mesmos apresentados para o grupo com DDF.

### Coleta de dados

Foram coletados dados epidemiológicos, imaginológicos e dados clínicos. Os dados epidemiológicos coletados foram idade (em anos completos) e sexo. A idade foi categorizada em 4 faixas etárias, de acordo com os valores obtidos nos quartis (Q1, Q2 e Q3). A primeira faixa etária compreendeu os pacientes com idade menor do que o valor obtido no Q1 ( $\geq 18$  anos,  $\leq 22$  anos). A segunda faixa etária compreendeu os pacientes com idades correspondentes ao intervalo Q1-Q2 ( $\geq 23$  anos,  $\leq 27$  anos), enquanto a terceira faixa etária compreendeu os indivíduos com idade correspondente ao intervalo Q2-Q3 ( $\geq 28$  anos,  $\geq 36$  anos). Finalmente, a última faixa etária compreendeu todos os indivíduos com idade superior ao valor obtido em Q3 ( $\geq 37$  anos).

Os dados imaginológicos foram obtidos apenas dos pacientes com DDF e serviram de auxílio para o diagnóstico da deformidade dentofacial. Os pacientes com DDF realizaram as telerradiografias lateral de face no mesmo aparelho (Ortoceph<sup>®</sup> OC 200 D, Nahkelantie, Tuusula, Finlândia). Nas telerradiografias laterais de face foram identificados os pontos A (ponto mais profundo da concavidade anterior da maxila), N (ponto mais profundo da concavidade do osso nasal) e o ponto B (ponto mais profundo da concavidade do osso alveolar da mandíbula), dos quais se obteve o ângulo ANB. Baseados no ângulo ANB, o paciente teve a DDF esquelética classificada em Classe I (ANB  $4^\circ$ -  $4,5^\circ$ ), Classe II (ANB  $> 4,5^\circ$ ) ou Classe III (ANB  $< 4^\circ$ )<sup>6, 11, 12</sup>.

A coleta de dados clínicos ocorreu por um exame físico intrabucal. No exame físico intrabucal, realizado apenas nos pacientes alocados no grupo com DDF, observou-se a relação de molares e/ou caninos para que o paciente pudesse ser classificado de acordo com a classificação de Angle em Classe I, Classe II ou Classe III. A classificação de Angle é definida da seguinte forma: Classe I: A relação ântero-posterior do primeiro molar superior com o primeiro molar inferior está normal; Classe II: o molar superior está em uma relação distal ao molar inferior; e Classe III: O molar superior está em uma relação mesial ao molar inferior<sup>12</sup>.

Os questionários para a avaliação da presença de dismofia corporal foram o BDDE (exame de transtorno Dismórfico corporal) e o EPAF (escala psicossocial de aparência facial), utilizado como critério complementar de avaliação.

O BDDE (anexo1) é um instrumento específico de qualidade de vida que avalia a imagem corporal do indivíduo. O instrumento possui 34 questões, aplicados em forma de entrevista, relativas à preocupação com a aparência, auto-imagem negativa, consciência do transtorno, esquiva de atividades (área social, ocupacional), camuflagem e checagem do defeito e sintomas psicológicos. O resultado máximo do escore total pode chegar a 168. Escores maiores que 66 já refletem certo grau de insatisfação com a aparência. O escore final

é a soma das respostas para todos os itens exceto: 1 a 3, 22, 33, 34. O escore total é a soma de todas as questões. Nesse estudo utilizamos o escore total para avaliação.

O BDDE possui uma diretriz para classificação de diagnóstico de transtorno dismórfico corporal de acordo com o manual estatístico e diagnóstico de distúrbios mentais (DSM-IV), dividido em 3 critérios (A, B e C) <sup>13</sup>. Nesse estudo foram utilizados apenas os critérios A e B. Excluímos da análise o critério C, pois o mesmo avalia se a preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental. Uma vez que tais desordens foram critérios de exclusão do estudo, tal critério não foi analisado.

- Critério A: Preocupação com um imaginado problema na aparência. Se uma anomalia física leve estiver presente, a preocupação da pessoa é notadamente excessiva. O indivíduo era classificado como “possuindo uma preocupação com um imaginado problema na aparência” quando a resposta para a questão 2 foi 0 ou 1; a resposta para a questão 9 foi 4 ou maior; a resposta para a questão 10 ou para a questão 11 foi 4 ou maior; a resposta para a questão 18 = 4 ou mais alto; a resposta para a questão 19 = 4 ou mais alto.

- Critério B: A preocupação causa angústia clinicamente significativa ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento. O indivíduo era classificado como “tendo uma angústia que comprometesse a vida social ou profissional” quando a resposta para a questão 9 foi 4 ou mais alto; a resposta para a questão 10 ou 11 foi 4 ou mais alto; para a questão 13 foi 4 ou mais alto; todos os três anteriores ou as respostas para as questões 23, 24, 25, ou 26 foi 4 ou mais alto.

A EPAF (anexo II) é um questionário com 24 questões divididas nos seguintes grupos temáticos: aspectos funcionais da face, aspectos sociais e aspectos emocionais. Ele é um instrumento complementar para avaliar o transtorno dismórfico corporal (TDC). A aplicação do questionário foi em formato de entrevista, a partir de uma leitura neutra das questões. Os indivíduos que apresentaram dúvidas, perguntaram ao (aos) entrevistadores (as) que explicou a questão a partir de simplificações ou exemplos.

#### Análise estatística

As variáveis independentes foram a presença ou ausência de DDF, sexo e idade. As variáveis dependentes foram score total do BDDE, presença dos critérios A e B para o BDDE, e score do EPAF.

O teste de normalidade de Kolgomorov-Smirnov mostrou distribuição não normal dos dados. Para avaliar o pareamento entre os grupos com DDF e sem DDF para sexo e idade

(numérica) foi utilizado o teste de qui-quadrado. Para avaliar a associação do escore total do BDDE e do EPAF nos grupos com e sem DDF foi utilizado o teste de U de Mann-Whitney, enquanto para as variáveis dicotômicas referentes a presença ou a ausência dos critérios A e B do BDDE nos grupos com e sem DDF, foi utilizado o teste exato de Fischer.

A correlação entre as variáveis numéricas do BDDE e do EPAF foram feitas pelo teste de correlação de Spearman.

O grupo com DDF foi submetido a uma análise intragrupo, o qual se utilizou o teste U de Mann-Whitney para verificar se a mediana dos escores do BDDE e do EPAF diferiam estatisticamente conforme o tipo de DDF (classe II ou classe III). A proporção de indivíduos classificados com a presença ou ausência dos critérios A e B conforme o tipo de DDF foi realizada através do teste exato de Fischer.

A análise estatística foi realizada através do software IBM<sup>®</sup> SPSS versão 21.0 (do inglês, *Statistical Package for Social Sciences*), com o nível de significância estabelecido em 95% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

No total foram convidados a participar do estudo 86 indivíduos, dos quais 80 compuseram a amostra final: 40 pacientes com DDF e 40 pacientes sem DDF (Figura 1). Dos 80 pacientes incluídos, 36 (45%) eram do sexo masculino e 44 (55%) eram do sexo feminino. A mediana (mínima – máxima) da idade foi 27 (18 – 64). Quanto ao tipo de DDF, 8 (20%) eram classe II e 32 (80%) eram classe III. A análise estatística inferencial não mostrou diferença estatisticamente significativa na distribuição da proporção de pacientes do sexo masculino e feminino nos grupos com DDF e sem DDF ( $p = 1,000$ ), o mesmo ocorreu quando analisada a distribuição dos indivíduos por faixa etária ( $p = 0,586$ ) (tabela 1), o que confirma o pareamento entre os grupos para idade e sexo.

Figura 1:

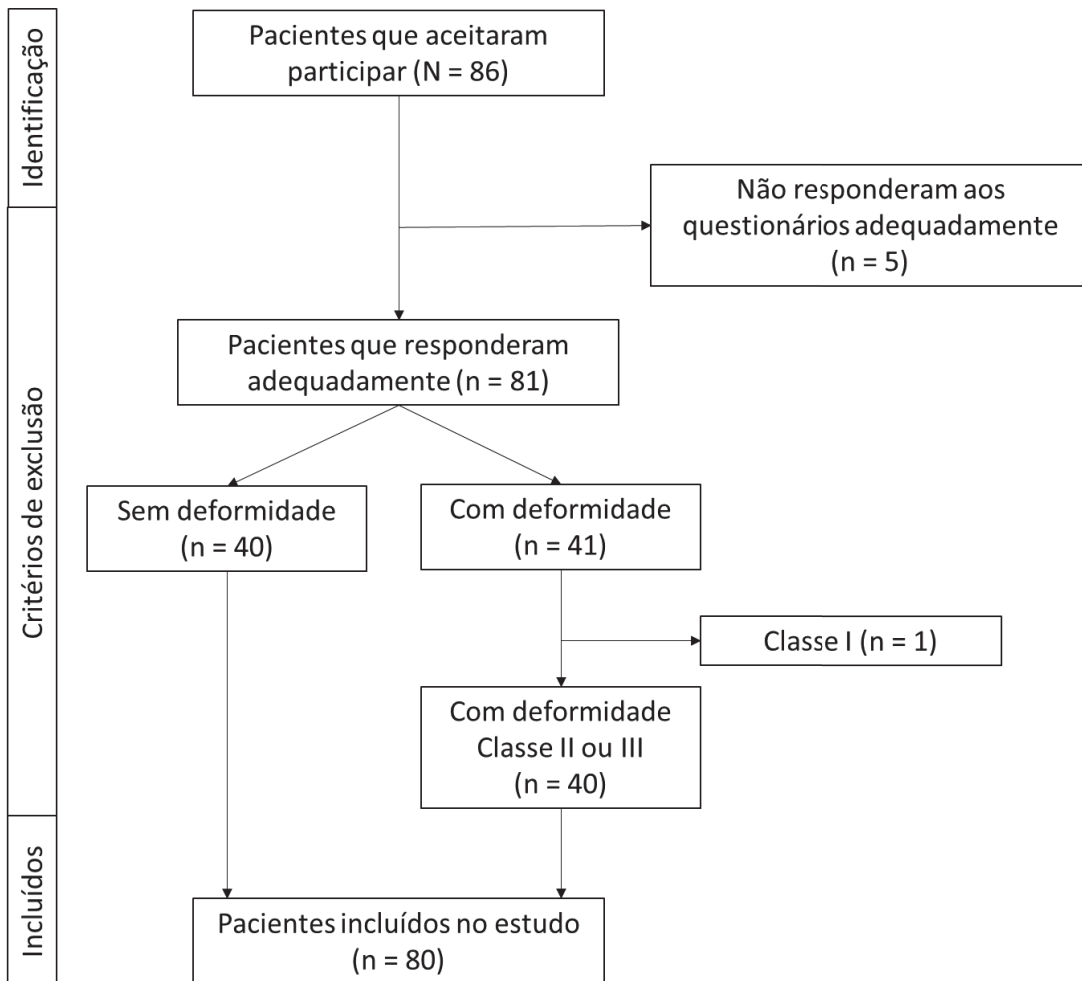


Tabela 1: Distribuição das variáveis de Idade e Sexo entre os grupos com e sem DDF

	Com DDF	Sem DDF	Valor de $p^*$
Sexo n (%)			1,000
Masculino	18 (45,0)	18 (45,0)	
Feminino	22 (55,0)	22 (55,0)	
Idade – n (%)			0,586
18 - 22	10 (25)	15 (37,5)	
23 - 27	11 (27,5)	7 (17,5)	
28 - 36	11 (27,5)	10 (25)	
37 - 64	8 (20)	8 (20)	

DDF = Deformidade DENTOFACIAL; n = número de indivíduos no grupo; \* = teste de qui-quadrado

Quando foram analisadas a mediana (mínima e máxima) do BDDE e a distribuição das proporções de indivíduos classificados ou não com os critérios A ou B (preocupação excessiva e angústia clinicamente significativa, respectivamente), não foi observada diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ). Porém quando analisados os valores do EPAF entre os grupos com e sem DDF, pudemos observar uma diferença estatisticamente significativa onde os pacientes com DDF apresentaram valores de EPAF maiores quando comparados aos

indivíduos sem DDF, no qual o grupo de pacientes com DDF, apresentou mediana de 12, enquanto no grupo sem DDF a mediana foi de 3 ( $p < 0,001$ ), sugerindo que os indivíduos com DDF tendem a apresentar maior TDC quando comparado aos sem DDF, segundo a análise com o EPAF (tabela 2).

Tabela 2. Resultado do BDDE total, presença dos critérios A e B do BDDE e EPAF para os pacientes com DDF e sem DDF

		Com DDF	Sem DDF	<i>p</i>
BDDE Med. (Min. – Máx.)		46 (2 – 151)	39 (2 – 115)	0,179 <sup>o</sup>
BDDE Critério A	Sim	18 (45%)	16 (40%)	0,821 <sup>v</sup>
	Não	22 (55%)	24 (60%)	
BDDE Critério B	Sim	16 (40%)	9 (23%)	0,147 <sup>v</sup>
	Não	24 (60%)	31 (77%)	
EPAF Med. (Min. – Máx.)		12 (0 – 45)	3 (0 – 14)	<b>&lt;0,001<sup>o</sup></b>

<sup>o</sup> = teste de Mann-whitney, <sup>v</sup> = teste exato de Fischer; Med.= mediana; Mín.= mínima; Max.= máxima

Ao correlacionar os resultados de BDDE e EPAF para os grupos com e sem DDF, encontramos uma correlação positiva moderada-forte estatisticamente significativa no grupo com DDF  $r_s$  0,695 ( $p < 0,001$ ), enquanto no grupo sem DDF a correlação foi fraca  $r_s$  0,400 ( $p = 0,022$ ). Comparando as variáveis BDDE, critério A (preocupação excessiva), critério B (angústia clinicamente significativa) e EPAF, com o tipo de deformidade (classe II e III), não pudemos observar diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

Tabela 3. Resultado do BDDE total, presença dos critérios A e B do BDDE e EPAF para os pacientes com Deformidade Classe II e III

		CLASSE II	CLASSE III	<i>p</i>
BDDE Med. (Min. – Máx.)		56 (12 – 102)	43 (10 – 151)	0,908 <sup>o</sup>
BDDE Critério A	Sim	5 (63%)	13 (41%)	0,430 <sup>v</sup>
	Não	3 (37%)	19 (59%)	
BDDE Critério B	Sim	2 (25%)	14 (44%)	0,439 <sup>v</sup>
	Não	6 (75%)	18 (56%)	
EPAF Med. (Min. – Máx.)		10,5 (1 – 21)	13 (0 – 45)	0,678 <sup>o</sup>

<sup>o</sup> = teste de Mann-whitney, <sup>v</sup> = teste exato de Fischer; Med.= mediana; Mín.= mínima; Max.= máxima

## DISCUSSÃO

O objetivo principal deste trabalho foi avaliar se os pacientes com indicação de cirurgia ortognática apresentavam maior risco de TDC. Evidências até então acumuladas sobre o tema, não são consensuais. Collins et al. (2014) sugere altas taxas do TDC em pacientes submetidos a cirurgia ortognática e propõe uma correlação forte entre a TDC e outros problemas psíquicos como depressão e ansiedade<sup>14</sup>. O primeiro estudo europeu sobre o tema realizado por Vulink et al. (2008) com 160 pacientes, sugeriu que os problemas psicossociais devem ser levados em conta no planejamento de cirurgia ortognática pois aproximadamente vinte por cento da amostra apresentava preocupação excessiva com a aparência facial e dez por cento eram diagnosticados com TDC.<sup>15</sup> Kashan et al. (2021) não viram nenhuma relação entre cirurgia ortognática e TDC, em sua amostra. Neste estudo sobre TDC em paciente de cirurgia buco-maxilo-facial, com amostra de 46 indivíduos, separados em três grupos sendo: cirurgia ortognática, cirurgia dento alveolar e cirurgias estéticas. No grupo de cirurgia ortognática nenhum paciente apresentou TDC, no grupo de cirurgia dento alveolar 10% se apresentaram com TDC, enquanto no grupo de cirurgias estéticas o percentual de TDC foi alto e preocupante segundo o autor com 16,7 %<sup>16</sup>.

Utilizamos como instrumento de avaliação do TDC o questionário BDDE que possui consistência interna ( $\alpha = 0,96$ ), sendo baixo o risco para avaliações falso positivas para o TDC<sup>10</sup>. Embora tenhamos encontrado mediana para o score do BDDE maior no grupo com DDF, não constatamos diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem DDF. Acreditamos que por não se tratar de um instrumento específico para auto avaliação de percepções relacionadas a face, essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa.

Contudo encontramos diferenças estatisticamente significativas quando utilizado o EPAF como método complementar de avaliação. Por se tratar de um questionário específico para a face, suas funções e percepções estéticas, acredita-se que este foi um questionário mais assertivo para o diagnóstico do TDC quando relacionado a alterações na face, como é o caso da DDF. Consideramos que pacientes com DDF são mais insatisfeitos com a face aos pacientes sem DDF, e que a DDF não está associada com os escores do BBDE. Interessantemente, uma correlação moderada positiva foi encontrada entre os escores do BBDE e os escores do EPAF, o que indica que quanto maior a insatisfação com a face, maior a chance de os indivíduos poderem ser diagnosticados com TDC.



As poucas evidências acumuladas sobre o assunto foi a principal barreira para o desenvolvimento do estudo. Estudos até então disponíveis são estudos pilotos e com amostras muito pequenas. Nenhum estudo longitudinal sobre o tema foi encontrado até a presente data.

Este é um estudo pioneiro na área, e tais resultados devem inspirar novos estudos bem como, a colaboração e desenvolvimento de um questionário específico para o TDC, com questões relacionadas a face, e uma possível subdivisão do TDC intitulado como Transtorno Dismórfico Facial. Encorajamos também, um intercambio maior de informações entre os serviços de cirurgia ortognática e psiquiatria, onde possamos desenvolver estudos sobre o tema com um grupo de pacientes documentados e já diagnosticados com TDC. Tais abordagens de estudo são de suma importância, pois com a grande evolução das redes sociais, e a importância excessiva a questões estéticas, tendem a aumentar a angústia por resultados estéticos, e, portanto, as atenções devem se voltar a atenção ao tema correlacionando procedimentos que envolvem a estética facial e saúde mental.

## CONCLUSÃO

Podemos concluir que segundo os escores do BDDE não existe maior TDC em pacientes com DDF. Concluimos que não existe relação entre o tipo de DDF e a prevalência de TDC. Concluimos também que segundo o EPAF, os pacientes com DDF são mais insatisfeitos com a aparência facial. Ainda há uma correlação entre os escores do BDDE e do EPAF, indicando que há maiores chances dos indivíduos com DDF serem diagnosticados com TDC.

## REFERÊNCIAS

1. OTTO MW, WILHELM S, COHEN LS, HARLOW BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *AmJ Psychiatry*. 2001;158(12):2061-2063.
2. PHILLIPS KA, DIAZ SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(9):570-577.
3. FEUSNER JD, et. al. Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Feb;67(2):197-205.
4. YARYURA-TOBIAS JA, et. al. Perceptual analysis of patients with body dysmorphic disorder: a pilot study. *CNS Spectr*. 2002;7(6):444-446.

5. FEUSNER JD, et al. Impaired identity recognition of faces with emotional expressions in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* 2010 Oct 30;179(3):318-323.
6. PROFFIT WR, WHITE JR RP, SARVER DM. Tratamento Contemporâneo de Deformidades Dentofaciais, Artmed, 2005.
7. PERES SP, ARENA EP, BURINI RC, SUGUIMOTO RM. Uso de suplementos alimentares e estado nutricional de pacientes submetidos à cirurgia ortognática com bloqueio maxilo-mandibular. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 2006; 21; 28-32.
8. RAMOS K P. Transtorno Dismórfico Corporal: escala para profissionais da área da saúde. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da PUC-Campinas, 2004 pp.155-169.
9. POSNICK JC, FANTUZZO JJ, ORCHIN JD. Deliberate operative rotation of the maxillomandibular complex to alter the A-point to B-point relationship for enhanced facial esthetics *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64(11):1687-95.
10. SARWER DB, CRERAND CE, DIDIE ER. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. *Facial Plast Surg.* 2003;19(1):7-18.
11. CAPELOZZA FILHO L. Diagnóstico em Ortodontia. Maringá: Dental Press; 2004.
12. ANGLE EH. Classification of Malocclusion. *Dental Cosmos*, Philadelphia. 1899 Mar; 41(3): 248-264.
13. ROSEN JC, REITER J. Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behav Res Ther* 1996;34; 755–766.
14. COLLINS B, et al. Body dysmorphic disorder and psychological distress in orthognathic surgery patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 72 1553-8.
15. VULINK NC, et al. Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008 37; 985-991.
16. KASHAN DL, et al. Identification of Body Dysmorphic Disorder in Patients Seeking Corrective Procedures From Oral and Maxillofacial Surgeons. *J Craniofac Surg.* 2021 1;32; 970-973.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Podemos concluir que segundo os escores do BDDE não existe maior TDC em pacientes com DDF. Concluimos que não existe relação entre o tipo de DDF e a prevalência de TDC. E concluimos também que, segundo o EPAF, os pacientes com DDF são mais insatisfeitos com a aparência facial. Ainda há uma correlação entre os escores do BDDE e do EPAF, indicando que há maiores chances dos indivíduos com DDF serem diagnosticados com TDC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHLUWALIA, R. et al. Body dysmorphic disorder: Diagnosis, clinical aspects and treatment strategies. **Indian Journal of Dental Research: Official Publication of Indian Society for Dental Research**, v. 28, n. 2, p. 193–197, 2017.

ALKHAYER, A. et al. Accuracy of virtual planning in orthognathic surgery: a systematic review. **Head & Face Medicine**, v. 16, p. 34, 4 dez. 2020.

ALVES E SILVA, A. et al. Evaluation of life quality of patients submitted to orthognathic surgery. **Dental press journal of orthodontics**, v. 18, n. 5, out. 2013.

AMITA, J.; GEORGINA, K. Body Dysmorphic Disorder: Reflections on the last 25 years. **Clinical child psychology and psychiatry**, v. 26, n. 1, jan. 2021.

ANGELAKIS, I.; GOODING, P. A.; PANAGIOTI, M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 49, p. 55–66, nov. 2016.

ANGLE, E. H. Classification of Malocclusion. Dental Cosmos, Philadelphia, v. 41, no. 3, p. 248-264, Mar. 1899.

ARAÚJO A. Cirurgia Ortognática. 1 ed. São Paulo: Ed Santos, 1999.

APA. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-III-R (3ª edição). Associação Americana de Psiquiatria. Washington 1987.

BALDINI, B. et al. Cephalometric measurements performed on CBCT and reconstructed lateral cephalograms: a cross-sectional study providing a quantitative approach of differences and bias. **BMC Oral Health**, v. 22, n. 1, p. 98, 30 mar. 2022.

BASCARANE, S.; KUPPILI, P. P.; MENON, V. Psychiatric Assessment and Management of Clients Undergoing Cosmetic Surgery: Overview and Need for an Integrated Approach. **Indian Journal of Plastic Surgery : Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India**, v. 54, n. 1, p. 8, jan. 2021.

CAPELOZZA FILHO L. Diagnóstico em Ortodontia. Maringá: Dental Press; 2004.

DANTAS, J. et al. Satisfaction of skeletal class III patients treated with different types of orthognathic surgery. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 44, n. 2, p. 195–202, 1 fev. 2015.

DUARTE, V. et al. Changes in health-related quality of life after orthognathic surgery: a multicenter study. 2021.

EHRENFELD M.; MANSON PN, PREIN J, Principles of internal fixation of the craniomaxillofacial skeleton, Trauma and orthognathic surgery, AOCMF, 2012.

FEUSNER J. D, et. al. Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Feb;67(2):197-205.

FEUSNER <sup>2</sup>JD, et. al. Impaired identity recognition of faces with emotional expressions in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res*. 2010 Oct 30;179(3):318-323.

LAUREANO, F. et al. Avanço maxilar: Descrição da técnica e relato de caso clínico. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial* 3: 25-31, 2003

GANDINI, L. G. et al. Análise cefalométrica padrão Unesp Araraquara. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 10, p. 139–157, fev. 2005.

GRANT, J. E.; LUST, K.; CHAMBERLAIN, S. R. Body Dysmorphic Disorder and Its relationship to Sexuality, Impulsivity, and Addiction. **Psychiatry research**, v. 273, p. 260, mar. 2019.

GRILLO, R. et al. Use of non-surgical aesthetic refinement after orthognathic surgery: Case studies. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 17, n. 2, p. 320, abr. 2022.  
HREFNA, H.; ARNA, H.; ANDRI, B. [Body dysmorphic disorder: Symptoms, prevalence, assessment and treatment]. **Laeknabladid**, v. 105, n. 3, mar. 2019.

HUPP, JR; ELLIS, E; TUCKER, M. R. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery, 6th Edition ed. Elsevier Sl. Louis, Missouri, 2014.

KERBER, P. Z.; MACÊDO, E. O. D.; BERTHOLD, T. B. Diferenças nas medidas cefalométricas esqueléticas, dentárias e tegumentares de melanodermas e leucodermas – uma revisão da literatura. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 17, n. 1, p. 71–77, 27 jun. 2018.

KOENIG, Z. A. et al. Body Dysmorphic Disorder Insights in an Inpatient Psychiatric Setting. **Case Reports in Psychiatry**, v. 2021, 2021.

KREBS, G; CRUZ, L. F; COLS, D. M. Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder, *Evid Based Mental Health* August 2017;20:3.

KUHN, H. et al. Body dysmorphic disorder in the cosmetic practice. **Giornale italiano di dermatologia e venereologia : organo ufficiale, Societa italiana di dermatologia e sifilografia**, v. 153, n. 4, ago. 2018.

LATHROP-MARSHALL, H. et al. Orthognathic speech pathology: impacts of Class III malocclusion on speech. **The European Journal of Orthodontics**, v. 44, n. 3, p. 340, jun. 2022.

LONIC, D. et al. Computer-Assisted Orthognathic Surgery for Patients with Cleft Lip/Palate: From Traditional Planning to Three-Dimensional Surgical Simulation. **PLoS ONE**, v. 11, n. 3, 2016.

MARTIN, J.; PETER, C.; REBECCA, D. Body dysmorphic disorder and facial aesthetic treatments in dental practice. **British dental journal**, v. 227, n. 10, nov. 2019.

MILANESI, J. DE M. et al. Severidade da desordem temporomandibular e sua relação com medidas cefalométricas craniocervicais. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, p. 79–86, mar. 2013.

MÖHLHENRICH, S. C. et al. Effects of different surgical techniques and displacement distances on the soft tissue profile via orthodontic-orthognathic treatment of class II and class III malocclusions. **Head & Face Medicine**, v. 17, 2021.

NI, J.; SONG, S.; ZHOU, N. Impact of surgical orthodontic treatment on quality of life in Chinese young adults with class III malocclusion: a longitudinal study. **BMC Oral Health**, v. 19, 2019.

NICODEMO, D; PEREIRA, M. D; FERREIRA, L. M. Effect of orthognathic surgery for class III correction on quality of life as measured by SF-36 Int J Oral Maxillofac Surg. 2008 Feb;37(2):131-4.

OBWEGESER, J. A., Maxillary and Midface Deformities: Characteristics and Treatment Strategies, Clin Plastic Surg 2007;34:519–533.

OTTO, M. W. et al. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in a Community Sample of Women. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 12, p. 2061–2063, dez. 2001.

PERES, S.P; ARENA, E.P; BURINI, R.C; SUGUIMOTO, R.M. Uso de suplementos alimentares e estado nutricional de pacientes submetidos à cirurgia ortognática com bloqueio maxilo-mandibular. Revista Brasileira de Nutrição Clínica, 2006; 21; 28-32.

PHILLIPS, K.A; DIAZ, S.F. Gender differences in body dysmorphic disorder. J Nerv Ment Dis. 1997;185(9):570-577.

POSNICK, J. C.; FANTUZZO, J. J.; ORCHIN, J. D. Deliberate operative rotation of the maxillo-mandibular complex to alter the A-point to B-point relationship for enhanced facial esthetics. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American**

PROFFIT, W.R; WHITE, R. P; SARVER, D. M. Tratamento Contemporâneo de Deformidades Dentofaciais, Artmed, 2005.

RAMOS; K, P. Transtorno Dismórfico Corporal: escala para profissionais da área da saúde. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da PUC-Campinas, 2004 pp.155-169.

REIS, B; ABRÃO, J; CLARO, A; FORNAZARI, R; CAPELOZZA FILHO L. Concordância dos ortodontistas no diagnóstico do padrão facial. Dental Press J. Orthod 2011 60-72.

RIBAS, M; REIS, L. F. G; FRANÇA, B. H. S; LIMA, A. A. S. Cirurgia ortognática: Orientações legais aos ortodontistas e cirurgiões bucofaciais. R Dental Press Ortodon Ortop 10: 75-83, 2005.

SARWER, D. B; CRERAND, C. E; DIDIE, E.R. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. **Facial Plast Surg**, v. 19, n. 1, pp. 7-18 2003.

SEO, H. J.; CHOI, Y. K. Current trends in orthognathic surgery. **Archives of Craniofacial**

**Surgery**, v. 22, n. 6, p. 287, dez. 2021.

SHIVAKUMAR, S. et al. Cosmetic Presentations and Challenges of Body Dysmorphic Disorder and Its Collaborative Management. **Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery**, v. 14, n. 1, p. 20, mar. 2021.

SIEGFRIED, E.; AYROLLES, A.; RAHIOUI, H. [Body dysmorphic disorder: Future prospects of medical care]. **L'Encephale**, v. 44, n. 3, jun. 2018.

SILVA, M. F. F. et al. Aplicação da escala psicossocial de aparência facial na avaliação da paralisia facial periférica: estudo piloto. **Audiology - Communication Research**, v. 21, p. e1618, 1 abr. 2016.

SINGH, A. R.; VEALE, D. Understanding and treating body dysmorphic disorder. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 61, n. Suppl 1, p. S131, jan. 2019.

SOH, C.; NARAYANAN, V. Quality of life assessment in patients with DENTOFACIAL deformity undergoing orthognathic surgery—A syuzstematic review. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 42, n. 8, p. 974–980, 1 ago. 2013.

SZABÓ, P.; SZÁSZI, B. [Body dysmorphic disorder: One Hundred Years of Solitude]. **Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata**, v. 36, n. 2, 2021.

TAUB, P. Cephalometry. **The Journal of craniofacial surgery**, v. 18, n. 4, jul. 2007.

YARYURA-TOBIAS, J. A. et al. Computerized perceptual analysis of patients with body dysmorphic disorder: a pilot study. **CNS spectrums**, v. 7, n. 6, p. 444–446, jun. 2002.

YAMADA, T.; SUGIYAMA, G.; MORI, Y. Masticatory muscle function affects the pathological conditions of DENTOFACIAL deformities. **The Japanese dental science review**, v. 56, n. 1, dez. 2020.

YU, H. et al. Automated Skeletal Classification with Lateral Cephalometry Based on Artificial Intelligence. **Journal of dental research**, v. 99, n. 3, mar. 2020.

ZERE, E. et al. Developing Class III malocclusions: challenges and solutions. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, v. 10, p. 99, 2018.

**Apêndice 1: Termo de consentimento livre e esclarecido**

Nós, Rafaela Scariot (pesquisadora principal) E Aline Sebastiani professoras do departamento de estomatologia, Romulo Lazzari Molinari aluno de pós graduação do programa de mestrado em clínica odontológica e Leonardo Silva Benato aluno de pós-graduação do programa doutorado – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) Senhor(a), paciente do serviço de cirurgia e traumatologia da Universidade Federal do Paraná a participar de um estudo intitulado Prevalência de dismorfia facial e Corporal em pacientes com deformidade DENTOFACIAL, que irá avaliar a percepção estética em pacientes que serão submetidos a cirurgia ortognática (correção do alinhamento dos dentes de cima quando comparado aos dentes de baixo), comparado aqueles que não irão realizar cirurgia ortognática (correção do alinhamento dos maxilares).

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar se as pessoas que irão realizar cirurgia ortognática (correção do alinhamento dos dentes de cima quando comparado aos dentes de baixo), têm uma percepção real em relação a sua estética facial e corporal.

b) Caso o Senhor(a) concorde em participar da pesquisa, será necessário além do procedimento cirúrgico (cirurgia ortognática correção do alinhamento dos dentes de cima quando comparado aos dentes de baixo ou extração de dentes [arrancar dentes]) e exames complementares (radiografias, tomografias e moldagens) os quais o(a) já seria submetido(a), você terá que responder a dois questionários em três tempos distintos (uma semana antes da cirurgia, três meses depois e seis meses após) .

c) Para tanto você deverá comparecer no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais da Universidade Federal do Paraná, Bloco de Odontologia, Campus Jardim Botânico. Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80210-170 para responder a dois questionários, o que levará aproximadamente 30 minutos para cada uma das três etapas. Vale lembrar o(a) Senhor(a), não necessitará fazer nenhum deslocamento extra para tal, pois tais comparecimentos já seriam necessários para a bem execução do procedimento cirúrgico, ao qual o(a) senhor(a) já seria submetido, mesmo caso não participasse de tal estudo. Esses 30 minutos a mais que o senhor(a) permanecerá aqui, se referem exclusivamente ao preenchimento dos questionários, além do tempo que já seria despendido para as consultas inerentes ao procedimento cirúrgico.

d) É possível que o(a) senhor(a) experimente algum constrangimento ou desconforto, ao responder as perguntas do questionário.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser :

Os riscos cirúrgicos comuns para qualquer cirurgia que o senhor(a) já correria inerentes a qualquer procedimento e/ou tratamento orto-cirúrgicos (correção do alinhamento dos dentes de cima quando comparado aos dentes de baixo), não sofrerão nenhuma alteração (nem aumento e nem diminuição), uma vez que a técnica cirúrgica a ser empregada será a mesma independente do senhor(a) participar ou não do estudo.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser indiretos, como constrangimentos ou desconforto durante a resposta aos questionários. Devido a esse fato, as entrevistas se darão em um ambiente adequado e particular, e em caso de desconforto será opção do paciente continuar ou não com a pesquisa, sendo as informações restritas somente aos pesquisadores em questão.

f) Neste estudo será utilizado um grupo caso (pacientes que serão submetidos a cirurgia ortognática [correção do alinhamento dos dentes de cima quando comparado aos dentes de baixo]) e um grupo controle (pacientes que não serão submetidos a cirurgia ortognática ( cirurgia destinada a alinhar os maxilares), mas que comparecem neste serviço para a realização de outro tipo de procedimento, como por exemplo extração de dentes .

h) No caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa o (a) senhor(a) tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei [Resol.466/2012].

i) Os benefícios esperados com essa pesquisa são aprofundar o conhecimento do assunto bem como contribuir à comunidade científica com os resultados obtidos com a mesma, com a finalidade de tornar mais humanizado o tratamento dos pacientes que possuem deformidade DENTOFACIAL

Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_ Rafaela Scariot (Pesquisador responsável) \_\_\_\_\_ Aplicador do TCLE \_\_\_\_\_



j) Os pesquisadores Rafaela Scariot (pesquisadora principal), Aline Sebastiani, Romulo Lazzari Molinari e Leonardo da Silva Benato responsáveis por este estudo poderão ser Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais da Universidade Federal do Paraná (CTBMF-UFPR), Bloco de Odontologia, Campus Jardim Botânico. Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80210-170 Jardim Botânico – Curitiba/PR, através dos e-mails rafaela\_scariot@yahoo.com.br, sebastiani.aline@gmail.com, romulo220@hotmail.com e lsbenato@gmail.com ou através do telefone (41) 3360-4053 ou através do celular (41) 99960-8444 nas terças e quintas-feiras das 13h30min às 17h, na sala da Pós-graduação em Cirurgia Buco-maxilo-facial para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência o(a) senhor(a) também pode me contatar (Romulo Lazzari Molinari), neste número, em qualquer horário: pelo celular 41 999608444.

l) A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento está garantido e não será interrompido caso o(a) senhor(a) desista de participar.

m) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisadores e alunos), sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

n) O(a) senhor(a) terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, estes estarão codificados de modo que não apareça seu nome.

o) As despesas necessárias para a realização da pesquisa impressão e preenchimento (de) não são de sua responsabilidade e o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Entretanto, caso seja necessário seu deslocamento até o local do estudo os pesquisadores asseguram o ressarcimento dos seus gastos com transporte (Item II.21, e item IV.3, sub-item g, Resol. 466/2012).

p) Se o(a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o(a) senhor(a) pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

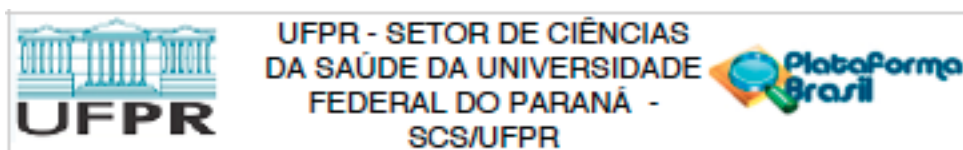
Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Curitiba , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

\_\_\_\_\_  
[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PREVALÊNCIA DE DISMORFIA FACIAL E CORPORAL EM PACIENTES COM DEFORMIDADE DENTOFACIAL

**Pesquisador:** RAFAELA SCARIOT

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57501822.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Departamento de Estomatologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.401.764

**Apresentação do Projeto:**

O projeto é da prof. Dr. Rafaela Scariot, com colaboração da prof. Dr. Aline Monise Sebastiani e dos alunos de pós-graduação Romulo Lazzari Molinari e Leonardo Silva Benato.

O estudo prevê a participação de 80 pacientes.

Será realizado um estudo tipo caso-controle, em adultos de ambos os sexos que serão submetidos a cirurgia ortognática no serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, da UFPR.

Segundo os pesquisadores, o recrutamento dos participantes da pesquisa acontecerá no momento em que o paciente passar pela etapa do exame clínico prévio a cirurgia ortognática e/ou de terceiros molares a ser realizada.

A ocasião que o paciente será convidado a participar da pesquisa será na primeira consulta (anamnese e exame clínico), oportunidade na qual será informado, da importância do estudo, benefícios da participação bem como seus riscos e livre arbítrio de solicitar sua exclusão do estudo quando pretendido.

O período de realização é a partir da aprovação do CEP até março de 2024.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral**

Avaliar a prevalência de dismorfia corporal (TDC) e facial (TDF) em pacientes com deformidade

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3390-7250

**E-mail:** cosmetica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.401.704

dentofacial que serão submetidos a cirurgia ortognática.

**Objetivos Específicos**

Avaliar se fatores demográficos estão associados ao TDC e TDF em pacientes com deformidade dentofacial;

Avaliar se os TDC e TDF estão associados com o tipo da deformidade dentoesquelética.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores:

Quais os benefícios, diretos ou indiretos, para a população e a sociedade?

Diagnosticar precocemente os TDC e TDF, nos pacientes candidatos a serem submetidos a cirurgia ortognática, dessa forma personalizando o tipo de tratamento proposto ou até mesmo contra-indicando-o, tomando dessa forma a abordagem do tratamento orto-cirúrgico mais humanizado.

Quais os riscos inerentes ou decorrentes da pesquisa?

Os riscos cirúrgicos inerentes a qualquer procedimento e/ou tratamento orto-cirúrgicos, não sofrerão nenhum aumento, uma vez que todos os pacientes do grupo caso já seriam submetidos a cirurgia ortognática.

Não obstante, uma vez que aplicados os questionários sobre análise de TDC e TDF, tais questionários poderão trazer desconforto e constrangimento ao participante.

Também existe o risco de exposição de dados pessoais dos participantes.

Qual a possibilidade da ocorrência?

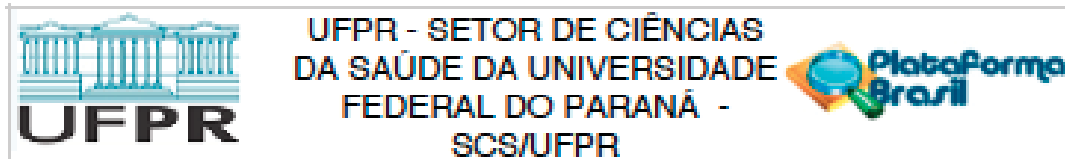
Mínima, pois em todas as etapas os pesquisadores responsáveis pela coleta dos dados estarão atentos e prestando os devidos cuidados para não ocasionar nenhum incômodo ou constrangimento ao participante da pesquisa.

Quais as medidas para sua minimização e proteção do participante da pesquisa?

Com intuito de minimizar tal risco, todo o processo de pesquisa será exaustivamente explicado ao participante, assim como todo questionário será explicado e sanado, toda e qualquer dúvida que por ventura venha a surgir.

A fim de minimizar o possível constrangimento durante a aplicação do questionário haverá um

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar		
Bairro: Alto da Glória		CEP: 80.060-240
UF: PR	Município: CURITIBA	
Telefone: (41)3360-7259		E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5-401.764

cuidado redobrado na busca de um lugar que vise conforto e privacidade ao participante, para que assim ele possa sentir-se bem durante o tempo que participa do estudo. Vale ressaltar que será esclarecido ao participante que ele poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum onus, caso sinta algum desconforto ou constrangimento durante a aplicação dos questionários.

Para minimizar o risco de exposição de dados pessoais dos participantes será limitado o acesso aos dados apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa. Além disso, a pesquisa ficará restrita somente aos pesquisadores aqui citados, ficando sob responsabilidade dos mesmos esclarecer todas as dúvidas dos participantes bem como explicar a importância de cada passo presente no estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa muito bem fundamentada que visa investigar a presença de distorções corporal e/ou facial em pacientes submetidos a cirurgia ortognática.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências apontadas no parecer anterior foram atendidas e o projeto pode ser aprovado.

Favor inserir em seu TCLE e TALEo número do CAAE e o número deste Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Envio de relatórios parciais a cada seis meses. Modelo e manual de submissão disponíveis na aba Emendas e Relatórios, sub-aba Relatórios da página do CEP. [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br)

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais(a cada seis meses de seu parecer de aprovado) e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar		
Bairro: Alto da Glória		CEP: 80.060-240
UF: PR	Município: CURITIBA	
Telefone: (41)3380-7259		E-mail: <a href="mailto:cometica.saude@ufpr.br">cometica.saude@ufpr.br</a>



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 5.401.764

prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1919871.pdf	06/05/2022 16:47:47		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_pendencia.docx	06/05/2022 15:33:32	RAFAELA SCARIOT	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pendencia.docx	06/05/2022 15:32:40	RAFAELA SCARIOT	Acelto
Outros:	carta_resposta_pendencia_inadequacoes.docx	06/05/2022 15:31:02	RAFAELA SCARIOT	Acelto
Outros:	declaracao_de_compromissos.pdf	04/04/2022 22:36:15	RAFAELA SCARIOT	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/04/2022 22:35:46	RAFAELA SCARIOT	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	04/04/2022 22:32:50	RAFAELA SCARIOT	Acelto
Outros:	carta_enacminhamento.pdf	30/03/2022 18:11:57	RAFAELA SCARIOT	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	30/03/2022 17:59:41	RAFAELA SCARIOT	Acelto
Outros:	Check_List.pdf	25/03/2022 18:18:43	RAFAELA SCARIOT	Acelto
Outros:	extrato_ata.pdf	25/03/2022 18:17:02	RAFAELA SCARIOT	Acelto
Outros:	analise_do_merito_cientifico.pdf	25/03/2022 18:16:45	RAFAELA SCARIOT	Acelto
Outros:	analise_de_merito.pdf	25/03/2022 18:16:22	RAFAELA SCARIOT	Acelto
Declaração de concordância	concordancia_dos_servicos.pdf	25/03/2022 18:15:09	RAFAELA SCARIOT	Acelto

Endereço: Rua Padre Camargo, 265 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

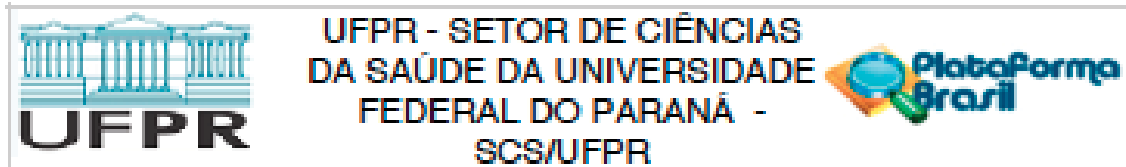
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)



Continuação do Parecer: 5.401.704

**Situação do Parecer:**  
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

CURITIBA, 11 de Maio de 2022

---

**Assinado por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 265 - 1º andar  
**Bairro:** Alto da Glória  
**UF:** PR      **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cosmetica.saude@ufpr.br

## ANEXOS

### Anexo 1: Exame de Transtorno Dismórfico Corporal (BDDE)

#### 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.
- 2 Muitas pessoas têm a mesma característica.

4 Poucas pessoas têm a mesma característica.

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.

2 Incômodo leve.

4 Incômodo médio.

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.

2 Incômodo leve.

4 Incômodo médio.

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.

**2** Leve preocupação.

**4** Média preocupação.

**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.

**2** Leve preocupação.

**4** Média preocupação.

**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.
- 2 Pouca importância.
- 4 Média importância.
- 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.
- 2 Poucas críticas.
- 4 Algumas críticas.
- 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.
- 2 Poucas críticas aconteceram.
- 4 Algumas críticas aconteceram.
- 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.
- 2 Não, ligeiramente sem atrativos.
- 4 Não, mediamente sem atrativos.
- 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.
- 2 Evitou pouco.
- 4 Evitou com média frequência.
- 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.
- 2 Evitou pouco.
- 4 Evitou com média frequência.
- 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.
- 2 Evitou pouco.
- 4 Evitou com média frequência.
- 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.
- 2 Evitou pouco.
- 4 Evitou com média frequência.
- 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 Inibiu em menos da metade das ocasiões de contato físico.
- 2 Inibiu em torno de metade das ocasiões de contato físico.
- 3 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 pessoas o (a) vejam sem roupas.**

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

- 1 Evitou pouco.
- 2 Evitou com média frequência.
- 3 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 2: Escala Psicossocial de Aparência facial (EPAF)

Nome:

Este questionário ajudará a compreender o impacto da mudança física facial em sua vida emocional e social.

Por favor, responda todas as questões correspondentes e, em caso de dúvida, pergunte. Se quiser acrescentar informações complementares utilize o espaço final para observações.

	Circule APENAS UM NUMERO pensando na ULTIMA SEMANA e NO SEU ROSTO	Sempre	As vezes	Raramente	Nunca
AFF	1- Sinto dificuldade em movimentar meu rosto	3	2	1	0
AFF	2- Tenho dificuldade para fechar ou piscar os olhos	3	2	1	0
AFF	3- Sinto dificuldades para manter líquidos ou alimentos na boca	3	2	1	0
AFF	4- Tenho dificuldade para falar algumas palavras com sons do 'p', 'b', 'm', 'f', 'v', çh', e 'g	3	2	1	0
AFF	5- Quando falo, sorrio, mastigo e/ou fecho os olhos acontecem movimentos no meu rosto sem eu controlar	3	2	1	0
AFF	6- Sinto dores no meu Rosto	3	2	1	0
AFF	7- Não Consigo expressar minhas emoções pelo rosto	3	2	1	0
AFF	8- Tenho dificuldades para beijar	3	2	1	0
AS-DT	9- Tenho dificuldades para sair de casa, visitar familiares e/ou amigos	3	2	1	0
AS-DT	10- Fico Incomodado(a) em sair em fotografias	3	2	1	0
AS-DT	11- Fico Incomodado(a) em me alimentar na frente das pessoas	3	2	1	0
AS-DT	12- Fico Incomodado(a) ir ao trabalho e/ou frequentar aulas/cursos	3	2	1	0
AS-IS	13- Fico Incomodado(a) em conversar frente a frente com pessoas	3	2	1	0
AS-IS	14- Fico mais a vontade somente com pessoas [próximas a meu convívio pessoal	3	2	1	0
AE	15- A dificuldade para sorrir me incomoda	3	2	1	0
AE	16- Perdi a vontade de me alimentar	3	2	1	0
AS-IS	17-Tenho dificuldade em me relacionar com meu(minha) companheiro(a) ou, se não tenho companheiro, iniciar um relacionamento com alguém	3	2	1	0
AS-IS	18-Percebo que meus familiares ou amigos me tratam agora de forma diferente	3	2	1	0
AE	19- Desconfio que meu rosto não irá melhorar	3	2	1	0
AE	20- Me incomoda perceber que as pessoasque não me conhecem me olham de uma forma diferente	3	2	1	0
AE	21- Sinto tristeza ou angustia quando não consigo mostrar minhas emoções pelas expressões faciais	3	2	1	0
AE	22- Não sinto vontade de cuidar da minha aparência	3	2	1	0



*Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology.*

### **Informações**

A folha de rosto do manuscrito deve incluir o título do artigo, o nome completo do(s) autor(es), titulações acadêmicas, cargos e afiliações institucionais. O endereço do autor correspondente, números de telefone comerciais e residenciais, número de fax e endereço de e-mail devem ser fornecidos. As divulgações devem aparecer na página de título (consulte *Divulgações*).

- **Título.** Conciso e informativo. Os títulos são frequentemente usados em sistemas de recuperação de informação. Evite abreviações e fórmulas sempre que possível.

- **Nome dos autores, titulações acadêmicas, cargos e filiações institucionais.** Quando o nome de família puder ser ambíguo (por exemplo, um nome duplo), indique-o claramente. Apresente os endereços de afiliação dos autores (onde o trabalho real foi realizado) abaixo dos nomes. Indique todas as afiliações com uma letra minúscula sobrescrita imediatamente após o nome do autor e em frente ao endereço apropriado. Forneça o endereço postal completo de cada afiliação, incluindo o nome do país e, se disponível, o endereço de e-mail de cada autor.

- **Autor para correspondência.** Indique claramente quem manuseará a correspondência em todas as etapas de arbitragem e publicação, inclusive pós-publicação. **Certifique-se de que os números de telefone (com país e código de área) sejam fornecidos, além do endereço de e-mail e do endereço postal completo. Os dados de contato devem ser mantidos atualizados pelo autor correspondente.**

- **Endereço atual/permanente.** Se um autor se mudou desde que o trabalho descrito no artigo foi feito, ou estava visitando no momento, um "Endereço atual" (ou "Endereço permanente") pode ser indicado como uma nota de rodapé para o nome desse autor. O endereço em que o autor realmente fez o trabalho deve ser mantido como o endereço principal, de afiliação. Números arábicos sobrescritos são usados para tais notas de rodapé.

- **As divulgações** devem aparecer na página de título (consulte "Conflito de Interesses" acima).

Inclua na página de rosto uma contagem de palavras para o resumo (se relevante para o tipo de artigo), uma contagem completa de palavras do manuscrito (para incluir o corpo do texto e legendas das figuras), número de referências, número de figuras/tabelas e número de elementos suplementares, se houver (por exemplo,

imagem/s do Microscópio Virtual, arquivos de clipe de vídeo, arquivos DICOM, tabelas extensas, figuras, descrição da metodologia).

Inclua na página de rosto quaisquer divulgações, incluindo financiamento, declarações de isenção de responsabilidade, apresentação/s da pesquisa em conferências/simpósios, postagem do trabalho em um servidor de pré-impressão, site ou outro local.

### **Declaração de Relevância Clínica**

Para manuscritos originais de pesquisa e revisão, forneça uma breve declaração de no máximo 40 palavras que resuma sucintamente a relevância clínica dos achados descritos em seu manuscrito.

Por exemplo:

"O risco de complicações hemorrágicas pós-operatórias em pacientes nos quais a anticoagulação é continuada para cirurgia odontológica é extremamente pequeno e é superado pelo pequeno risco de eventos embólicos graves e às vezes fatais quando a anticoagulação é interrompida para cirurgia odontológica." (Wahl et al. 119(2) <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2014.10.011>)

### **Resumo**

Um resumo estruturado, limitado a 200 palavras, deve ser usado para artigos de pesquisa baseados em dados. O resumo estruturado deve conter os seguintes títulos principais: Objetivo(s); Desenho do estudo; Resultados; e Conclusão(ões). O(s) Objetivo(s) reflete(m) o objetivo do estudo, ou seja, a hipótese que está sendo testada. O Desenho do Estudo deve incluir o local do estudo, os sujeitos (número e tipo), o tratamento ou intervenção e o tipo de análise estatística. Os resultados incluem o resultado do estudo e a significância estatística, se apropriado. A(s) Conclusão(ões) afirma(m) a significância dos resultados. Para submissões não baseadas em dados, o resumo deve ser um resumo não estruturado de menos de 150 palavras. Nenhum resumo é necessário para submissão à seção CPC.

*Subdivisão - seções não numeradas:* Divida seu artigo nas seguintes seções claramente definidas. Cada subseção recebe um breve título. Cada título deve aparecer em sua própria linha separada. As subseções devem ser usadas tanto quanto possível ao cruzar o texto: referem-se à subseção por título, em vez de simplesmente "o texto".

## **Introdução**

Indique o problema que está sendo investigado, resuma o conhecimento existente para contextualizar o problema e descreva a hipótese e o desenho experimental geral. Evite um levantamento detalhado da literatura ou um resumo dos resultados.

## **Materiais e Métodos**

Conforme relevante, a seção Materiais e Métodos deve descrever em detalhes adequados os sujeitos experimentais, suas características importantes e os métodos, aparelhos e procedimentos usados para que outros pesquisadores possam reproduzir o experimento. Quando o manuscrito submetido relata pesquisas em que seres humanos estão envolvidos como sujeitos experimentais direta ou indiretamente, a seção de Materiais e Métodos deve indicar que o protocolo foi revisado pelo comitê de revisão institucional (CEP) apropriado, está em conformidade com a Declaração de Helsinque e que cada sujeito do projeto assinou um termo de consentimento livre e esclarecido detalhado. Os autores devem verificar a conformidade com a Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde de 1996 (HIPAA) antes da submissão. Forneça detalhes suficientes para permitir que a obra seja reproduzida. Os métodos já publicados devem ser indicados por uma referência; apenas as modificações relevantes devem ser descritas.

Indicar que os protocolos foram revisados pelo comitê institucional apropriado com relação ao cuidado humanizado e tratamento dos animais utilizados no estudo.

## **Resultados**

Os resultados devem ser claros e concisos e apresentados em uma sequência lógica. Tabelas e ilustrações podem ser úteis para esclarecer os achados e reduzir o tamanho do manuscrito.

## **Discussão**

A Discussão afirma a significância dos resultados e limitações do estudo. Os autores devem discutir seus achados no âmbito de pesquisas previamente publicadas. Eles devem explicar por que seus resultados apoiam ou contradizem o conhecimento existente. Se for caso disso, os autores podem sugerir novas pesquisas para acompanhar seus achados.

*Formatação das fontes de financiamento:*

Listar fontes de financiamento desta forma padrão para facilitar o cumprimento dos requisitos do financiador:

Este trabalho foi apoiado pelo National Institutes of Health [números de concessão xxxx, yyyy]; a Fundação Bill Melinda Gates, Seattle, WA [grant number zzzz]; e os Institutos de Paz dos Estados Unidos [bolsa número aaaa].

Não é necessário incluir descrições detalhadas sobre o programa ou tipo de bolsas e prêmios. Quando o financiamento for de uma concessão em bloco ou de outros recursos disponíveis para uma universidade, faculdade ou outra instituição de pesquisa, envie o nome do instituto ou organização que forneceu o financiamento. Se nenhum financiamento tiver sido fornecido para a pesquisa, recomenda-se incluir a seguinte frase:

Esta pesquisa não recebeu nenhuma bolsa específica de agências de financiamento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

### ***Unidades***

Seguem regras e convenções internacionalmente aceitas: utilizam o sistema internacional de unidades (SI). Se outras unidades forem mencionadas, indique o seu equivalente em SI.

*Nomenclatura Odontológica.* Devido aos sistemas de nomenclatura dentária concorrentes, a confusão pode ser eliminada identificando os dentes pelo seu nome, em vez de um número ou letra. Seja consistente ao longo do manuscrito.

Em tabelas, utilize o Sistema Universal de Numeração para identificar os dentes. Por exemplo, o incisivo lateral permanente direito superior é denominado dente 7. O segundo molar inferior direito decíduo é designado dente T. Identifique os números/letras na nota de rodapé da tabela como qualquer outra abreviatura.

### **Fórmulas matemáticas**

Apresente fórmulas simples na linha do texto normal sempre que possível e use o solidus (/) em vez de uma linha horizontal para pequenos termos fracionários, por exemplo, X/Y. Em princípio, as variáveis devem ser apresentadas em itálico. Poderes de e são muitas vezes mais convenientemente denotados por exp. Numere consecutivamente quaisquer equações que devam ser exibidas separadamente do texto (se mencionadas explicitamente no texto).

## *Notas*

de rodapé As notas de rodapé devem ser usadas com moderação. Numere-os consecutivamente ao longo do artigo. Muitos processadores de texto podem criar notas de rodapé no texto, e esse recurso pode ser usado. Caso contrário, indique a posição das notas de rodapé no texto e liste as próprias notas de rodapé separadamente no final do artigo. Não inclua notas de rodapé na lista Referência.

## **Agradecimentos**

Os nomes de pessoas que contribuíram substancialmente para um manuscrito, mas que não preenchem os critérios de autoria, juntamente com seus conflitos de interesse, fontes de financiamento e relações com a indústria, se relevante, devem ser listados na seção Agradecimento. Esta seção deve incluir indivíduos que forneceram qualquer redação, assistência editorial, estatística, etc. Agrupar agradecimentos em uma seção separada no final do artigo antes das referências e, portanto, não incluí-los no título pidade, como nota de rodapé para o título ou de outra forma. Não inclua declarações de financiamento dos autores, conflitos ou outras divulgações nos Agradecimentos; estes devem aparecer na página de título.

## **Referências**

### *Citação no texto*

As referências devem ser completas e refletir o estado atual do conhecimento sobre o tema. Certifique-se de que todas as referências foram verificadas e são citadas consecutivamente no texto (não incluindo tabelas) por números sobrescritos. A lista de referências deve ser digitada em espaçamento duplo em uma página separada do arquivo do manuscrito e numerada na mesma ordem em que as citações de referência aparecem no texto.

Certifique-se de que todas as referências citadas no texto também estejam presentes na lista de referências (e vice-versa). Quaisquer referências citadas no resumo devem ser dadas na íntegra. Resultados não publicados e comunicações pessoais não devem ser citados na lista de referências, mas devem ser citados entre parênteses no local apropriado do texto. A citação de uma referência como "no prelo" implica que o item foi aceito para publicação, e as informações de publicação devem ser atualizadas se o manuscrito for aceito.

### *Links*

de referência O aumento da capacidade de descoberta da pesquisa e a revisão por pares de alta qualidade são garantidos por links on-line para as fontes citadas. Para que possamos criar links para serviços de abstração e indexação, como Scopus, Crossref e PubMed, certifique-se de que os dados fornecidos nas referências estejam corretos. Observe que sobrenomes incorretos, títulos de periódicos/livros, ano de publicação e paginação podem impedir a criação de links. Ao copiar referências, tenha cuidado, pois elas já podem conter erros. O uso do DOI é altamente incentivado.

Um DOI é garantido para nunca mudar, então você pode usá-lo como um link permanente para qualquer artigo eletrônico. Um exemplo de citação usando DOI para um artigo que ainda não está em uma edição é: VanDecar J.C., Russo R.M., James D.E., Ambeh W.B., Franke M. (2003). Continuação assísmica da laje das Pequenas Antilhas sob o nordeste da Venezuela. *Revista de Pesquisa Geofísica*, <https://doi.org/10.1029/2001JB000884>. Observe que o formato de tais citações deve ser no mesmo estilo de todas as outras referências no artigo.

### *Referências*

da Web No mínimo, a URL completa deve ser fornecida e a data em que a referência foi acessada pela última vez. Quaisquer informações adicionais, se conhecidas (DOI, nomes dos autores, datas, referência a uma publicação de origem, etc.), também devem ser fornecidas. As referências da Web podem ser listadas separadamente (por exemplo, após a lista de referências) sob um título diferente, se desejado, ou podem ser incluídas na lista de referências.

### *Estilo*

de referência Se aceito, o estilo de referência utilizado pela revista será aplicado ao artigo aceito pela Elsevier na etapa de prova. Certifique-se de que as informações em cada referência estão completas e corretas. Para ver o formato usado pela revista, consulte uma edição recente.

### *Abreviatura do periódico fonte*

Os nomes dos periódicos devem ser abreviados de acordo com a Lista de Abreviaturas de Palavras do Título: <http://www.issn.org/services/online-services/access-to-the-ltwa/>.

## **Obra de arte eletrônica**

As ilustrações devem ser numeradas com algarismos arábicos na ordem de aparecimento do texto e acompanhadas de legendas adequadas (veja legendas das figuras).

Um número razoável de ilustrações de meio-tom ou desenhos de linhas será reproduzido sem custo para o autor. A critério dos editores, as ilustrações coloridas poderão ser publicadas em tons de cinza com a imagem colorida disponível na edição on-line da Revista; Tabelas elaboradas e ilustrações extras, se aceitas, também poderão aparecer como material complementar apenas na edição on-line. Letras datilografadas ou à mão livre em ilustrações não são aceitáveis. Todas as letras devem ser feitas profissionalmente, e as letras devem ser proporcionais aos desenhos ou fotografias em que aparecem.

As figuras devem ser apresentadas em formato de arquivo eletrônico de figuras. Para melhor reprodução, as imagens devem ser submetidas em formato .tif. Figuras em formato .jpg podem ser aceitáveis se atenderem às diretrizes mínimas de resolução. Imagens incorporadas em programas como PowerPoint ou Word não serão aceitas. As imagens fotográficas devem ser enviadas a 300 ppi (pixels por polegada) com as seguintes dimensões: página inteira de 5" de largura (1.500 pixels de largura) ou meia página de 3" de largura (900 pixels de largura). As resoluções de captura de tela (normalmente 72 ppi) não fornecem qualidade de reprodução adequada. As imagens de line-art (tabelas, gráficos) devem ser enviadas a 1200 ppi com as seguintes dimensões: Página inteira de 5" de largura (6000 pixels de largura) ou meia página de 3" de largura (3600 pixels de largura).

Evite linhas de grade de plano de fundo e outras formatações que não transmitam informações (por exemplo, uso supérfluo de formatação em 3 dimensões, sombreamentos de plano de fundo). Todas as imagens devem ser recortadas para mostrar apenas a área de interesse e a anatomia necessária para estabelecer um quadro de referência regional. Embora as figuras de várias partes não sejam preferidas, se forem usadas, rotule figuras de várias partes com letras maiúsculas (por exemplo, A, B, C, etc.); não exceda nove partes para uma figura. Se as imagens devem ser combinadas em uma figura, elas devem ter a mesma altura e ampliação para facilitar a reprodução.

Para obter conselhos sobre realce e anotação de imagens, consulte Corl FM, et al. Uma abordagem em cinco passos para a manipulação digital de imagens para o

Para mais informações, consulte <https://www.elsevier.com/artwork>.

Consulte também *Permissões*.

*Arte colorida* Se, juntamente com seu artigo aceito, você enviar figuras coloridas utilizáveis, a Elsevier garantirá, sem custo adicional, que essas figuras aparecerão em cores na Web (por exemplo, ScienceDirect e outros sites), além da reprodução de cores impressas. Para mais informações sobre a preparação de obras de arte eletrônica, consulte <https://www.elsevier.com/artworkinstructions>. Observação: Devido a complicações técnicas que podem surgir convertendo figuras coloridas em 'escala de cinza' (para a versão impressa, caso você não opte por cores impressas), envie também versões utilizáveis em preto e branco de todas as ilustrações coloridas.

### **Legendas das figuras**

Cada ilustração deve ser acompanhada. Eles devem ser digitados com espaçamento duplo em uma página separada. Mantenha o texto nas próprias ilustrações ao mínimo, mas explique todos os símbolos e abreviaturas usados. Se uma ilustração tiver sido retirada de material publicado ou protegido por direitos autorais, a legenda deve dar crédito total à fonte original e acompanhada de permissão assinada por escrito do detentor dos direitos autorais (consulte *Permissões* abaixo).

### **Arte: Pontos gerais•**

Certifique-se de usar letras uniformes e dimensionamento de sua obra de arte original.

- Incorpore as fontes usadas se o aplicativo fornecer essa opção.
- Procure usar as seguintes fontes em suas ilustrações: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, ou fontes que pareçam semelhantes.
- Numere as ilustrações de acordo com sua sequência no texto.
- Use uma convenção de nomenclatura lógica para seus arquivos de arte.
- Forneça legendas para que as ilustrações apareçam como uma página separada no arquivo do manuscrito.
- Dimensione as ilustrações próximas às dimensões desejadas da versão impressa.
- Envie cada ilustração como um arquivo separado.

Um guia detalhado sobre obras de arte eletrônicas está disponível em nosso site: <https://www.elsevier.com/artworkinstructions>



**Você é instado a visitar este site, alguns trechos das informações detalhadas são dadas aqui.**

### *Formatos*

Por favor, 'Salvar como' ou converter as imagens para um dos seguintes formatos (observe os requisitos de resolução para desenhos de linha, meios-tons e combinações de linha/meio-tom fornecidos abaixo):  
 EPS (ou PDF): Desenhos vetoriais, incorpore todas as fontes usadas.  
 TIFF (ou JPEG): Fotografias coloridas ou em tons de cinza (meios-tons), manter um mínimo de 300 ppi.

TIFF (ou JPEG): desenhos de linha bitmap (pixels pretos e brancos puros), mantenha um mínimo de 1200 ppi.

### **Por favor, não:**

- Forneça arquivos otimizados para uso na tela (por exemplo, GIF, BMP, PICT, WPG); estes normalmente têm um baixo número de pixels e um conjunto limitado de cores;
- Fornecer arquivos com resolução muito baixa;
- Envie gráficos que sejam desproporcionalmente grandes para o conteúdo.

### **Tabelas**

Numere tabelas consecutivamente usando algarismos romanos de acordo com sua aparência no texto. Cada tabela deve ser enviada como um arquivo separado. As tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar, e não duplicar, o texto. Todas as citações de referência de tabela devem ser repetições de números atribuídos dentro do texto, não citações iniciais. Deve ser fornecido um título conciso para cada quadro. Todas as colunas devem conter títulos concisos que descrevam os dados nelas contidos. Digite todas as notas de rodapé imediatamente abaixo da tabela e defina abreviações (veja também Nomenclatura Dental acima). Se uma tabela ou quaisquer dados nela contidos tiverem sido publicados anteriormente, uma nota de rodapé para a tabela deve dar crédito total à fonte original e acompanhada de permissão assinada por escrito do detentor dos direitos autorais (consulte *Permissões* abaixo).

### **Dados**

Suplementares: Para salvar páginas impressas e/ou encurtar um artigo para um comprimento legível, permitindo que informações detalhadas estejam disponíveis para leitores interessados, os autores são encorajados a fornecer informações que são essenciais para a discussão dos resultados da submissão na própria submissão e

utilizar informações de apoio para descrever detalhes experimentais e informações não essenciais, mas úteis, como Material Suplementar. Se o manuscrito for aceito para publicação impressa, uma referência ao material on-line aparecerá na versão impressa.

Arquivos suplementares oferecem ao autor possibilidades adicionais para publicar aplicativos de suporte, imagens de alta resolução, conjuntos de dados de fundo, clipes de som e muito mais. Os arquivos complementares fornecidos serão publicados on-line junto com a versão eletrônica do seu artigo nos produtos Web da Elsevier, incluindo ScienceDirect: <https://www.sciencedirect.com>. Para garantir que seu material enviado seja diretamente utilizável, forneça os dados em um de nossos formatos de arquivo recomendados. Os autores devem submeter o material em formato eletrônico juntamente com o artigo e fornecer uma legenda concisa e descritiva para cada arquivo. Para obter instruções mais detalhadas, visite nossas páginas de instruções de arte em <https://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Fazer upload de material, figuras e tabelas para publicação on-line no item de submissão "Material Suplementar" através do sistema do Gerente Editorial. Certifique-se de alterar a descrição do Material Suplementar para refletir o conteúdo; por exemplo, Metodologia Detalhada Suplementar, Figura Suplementar Sx, Tabela Suplementar Sx. Por favor, encomende material como Figuras e Figuras Suplementares separadamente na ordem das explicações/primeiras menções no texto.

Por exemplo: Figura 1, Figura 2; Figura suplementar S1, Figura suplementar S2, etc. No texto certifique-se de adicionar atrás da referência ao material suplementar "(Tabela suplementar Sx; disponível em [URL/link\*])." \*A ser fornecido pelo departamento de produção.

### *Referências*

de dados Este periódico encoraja você a citar conjuntos de dados subjacentes ou relevantes em seu manuscrito, citando-os em seu texto e incluindo uma referência de dados em sua Lista de Referências. As referências de dados devem incluir os seguintes elementos: nome(s) do(s) autor(es), título do conjunto de dados, repositório de dados, versão (quando disponível), ano e identificador persistente global. Adicione [conjunto de dados] imediatamente antes da referência para que possamos identificá-lo corretamente como uma referência de dados. O identificador [dataset] não aparecerá no artigo publicado.

### *Referências de pré-impressão*

Sempre que uma pré-impressão tenha sido posteriormente disponibilizada como uma publicação revista por pares, a publicação formal deve ser utilizada como referência. Se houver preprints que são centrais para o seu trabalho ou que cobrem desenvolvimentos cruciais no tópico, mas ainda não foram formalmente publicados, eles podem ser referenciados. As pré-impressões devem ser claramente marcadas como tal, por exemplo, incluindo a palavra preprint, ou o nome do servidor de pré-impressão, como parte da referência. O DOI de pré-impressão também deve ser fornecido.

### *Texto do Estilo de Referência*

Indique referências por número(s) sobrescrito(s) no texto. Os autores reais podem ser consultados, mas o(s) número(s) de referência deve ser sempre fornecido.

Exameple: '..... como demonstrado.<sup>3,6</sup> Barnaby e Jones<sup>8</sup> obtiveram um resultado diferente....'

*Lista:* Numere as referências na lista na ordem em que aparecem no texto.

*Exemplos:*

Referência a uma publicação em periódico:

1. J. van der Geer, J.A.J. Hanraads, R.A. Lupton, A arte de escrever um artigo científico, *J. Sci.* 163 (2010) 51–59.

Referência a um livro:

2. W. Strunk Jr., E.B. White, *The Elements of Style*, quarta ed., Longman, Nova York, 2000.

Referência a um capítulo de um livro editado:

3. G.R. Mettam, L.B. Adams, How to prepare an electronic version of your article, in: B.S. Jones, R.Z. Smith (Eds.), *Introduction to the Electronic Age*, E-Publishing Inc., Nova York, 2009, pp. 281–304.

[conjunto de dados]

4. Oguro, M, Imahiro, S, Saito, S, Nakashizuka, T. Dados de mortalidade para a doença da murcha-do-carvalho-japonês e composições florestais circundantes, *Mendeley Data*, v1; 2015. <http://dx.doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.