



INVESTIGAÇÃO

Prevalência e fatores associados ao transtorno dismórfico corporal em mulheres sob atendimento dermatológico em instituição pública brasileira^{☆,☆☆}



Mariana Mathias Morita , Maira Renata Merlotto , Cássia Lopes Dantas ,
Fernando Henrique Olivetti  e Hélio Amante Miot *

Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

Recebido em 21 de novembro de 2019; aceito em 23 de junho de 2020

Disponível na Internet em 1 de janeiro de 2021

PALAVRAS-CHAVE

Alcoolismo;
Depressão;
Imagem corporal;
Inquéritos
epidemiológicos;
Maus-tratos sexuais
infantis

Resumo

Fundamentos: Transtorno dismórfico corporal consiste na preocupação excessiva com defeitos mínimos da aparência, que acarreta prejuízo funcional. Estima-se sua prevalência entre 5% – 35% dos pacientes dermatológicos, especialmente mulheres adultas, com queixas cosmiátricas.

Objetivos: Investigar a prevalência e fatores associados ao transtorno dismórfico em pacientes dermatológicas do sexo feminino, em instituição pública do Brasil.

Métodos: Estudo transversal envolvendo mulheres adultas, atendidas em serviço público dermatológico, no Brasil. Submetidas a inquérito demográfico, além do formulário de triagem quanto ao transtorno dismórfico corporal (*Body Dysmorphic Disorder Examination* – BDDE). A presença de transtorno dismórfico (BDDE > 66 pontos) foi avaliada entre as participantes conforme as covariáveis demográficas e agravos psicológicos, por regressão logística.

Resultados: Foram avaliadas 223 mulheres. O BDDE apresentou elevada consistência interna (α -Cronbach = 0,90). Destaca-se a alta prevalência de agravos psicológicos e mais de um terço (38%) da amostra com elevado grau de insatisfação com a imagem. A prevalência de transtorno dismórfico foi de 48% entre as mulheres com queixas cosmiátricas e 30% entre as demais ($p < 0,01$). Menor renda familiar (OR = 2,97), histórico de violência doméstica (OR = 3,23), procura por queixa cosmiátrica (OR = 2,05) e ideação suicida (OR = 4,22) foram fatores associados, independentemente, à ocorrência do transtorno dismórfico corporal.

Limitações do estudo: Estudo monocêntrico, amostra não randomizada oriunda de serviço público.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.06.003>

[☆] Como citar este artigo: Morita MM, Merlotto MR, Dantas CL, Olivetti FH, Miot HA. Prevalence and factors associated with body dysmorphic disorder in women under dermatological care at a Brazilian public institution. *An Bras Dermatol*. 2021;96:40–6.

^{☆☆} Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: heliomiot@gmail.com (H.A. Miot).

Conclusões: O transtorno dismórfico corporal é prevalente entre pacientes dermatológicos do sexo feminino. Apresenta associação com experiências psicológicas traumáticas, menor renda, transtornos afetivos e procura por atendimento cosmiátrico. É fundamental reconhecer o diagnóstico para acolher tais pacientes e encaminhá-los para devido tratamento psiquiátrico ao invés de tentar suplantá-las suas demandas cosmiátricas.

© 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

Transtorno dismórfico corporal (TDC), ou dismorfofobia, é definido como uma preocupação excessiva e patológica com defeitos mínimos ou inexistentes da aparência. O TDC se diferencia de preocupações normais porque acarreta prejuízo funcional importante ao indivíduo, diminuindo sua qualidade de vida, distanciando-o de suas atividades cotidianas e ocupando muito de seu tempo. São exemplos de TDC: anorexia, preocupação com definição muscular e com aspectos ligados a queixas cosmiátricas (como poros abertos, assimetria facial, rugas e manchas discretas).¹⁻³

TDC é bastante prevalente entre pacientes da cirurgia plástica e da Dermatologia, estimando-se afetar entre 4,5% a 35,2% dos pacientes dermatológicos, em comparação a 0,7% a 2,3% dos controles populacionais. Há maior prevalência entre mulheres (76% dos casos) adultas (25 – 40 anos) e que referem queixas cosmiátricas.⁴⁻⁸ Esses pacientes procuram atendimento em busca de tratamentos sucessivos, sempre insatisfeitos com resultados anteriores. Adotam comportamentos ritualísticos de caráter compulsivo como olhar em espelhos, utilizar maquiagens ou roupas que cubram o corpo. Também sobredosam os tratamentos prescritos, como sabonetes esfoliantes e uso de ácidos de maneira excessiva.⁷ Em casos mais graves, há comportamentos de esquiva do convívio social. Estima-se que até 80% dos indivíduos com TDC apresentem ideação suicida durante a vida, e 24% – 28% já tentaram o suicídio.^{1,9-12}

O TDC é subdiagnosticado em dermatologia, e seus aspectos psicossociais vêm recebendo maior importância nas últimas décadas.^{13,14} Contudo, os aspectos multifatoriais que levam ao desenvolvimento da doença ainda não estão totalmente esclarecidos, especialmente no Brasil.

O *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) é um instrumento específico para avaliação do TDC, desenvolvido em 1996 e versado para o português do Brasil em 2008.¹⁵⁻¹⁷ Trata-se de um questionário com 34 itens que avaliam a intensidade de sintomas ligados à preocupação com e avaliação negativa da aparência; autoconsciência, desconforto e sentimento de ser observado em público; importância excessiva com a aparência; evitação de situações sociais ou atividades em público, ou ainda, evitação de contato físico; camuflagem da aparência com roupas, maquiagem ou postura corporal; e comportamento de auto-observação, em forma de autoinspeção, arrumar-se repetidamente, reassseguramento e se comparar a outras pessoas.

Este estudo objetivou explorar a prevalência e variáveis associadas ao TDC em pacientes dermatológicas do sexo feminino, em instituição pública brasileira.

Métodos

Estudo transversal envolvendo mulheres adultas, atendidas em serviço público de dermatologia da Unesp (Botucatu, SP, Brasil). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética (nº 969.426) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas mulheres em atendimento na clínica psiquiátrica ou com *déficit* cognitivo evidente.

Não houve randomização da inclusão das participantes, que foram abordadas consecutivamente após os atendimentos médicos em ambulatórios dermatológicos com ocorrência de queixas cosmiátricas, a fim de representar adequadamente essa categoria e permitir comparações entre os estratos da amostra.

As participantes foram submetidas a inquérito demográfico padronizado quanto à idade, fototipo, diagnóstico médico ou psiquiátrico, escolaridade e renda familiar; além de formulário de triagem para TDC (BDDE). A soma dos escores dos itens do BDDE varia de 0 a 168 pontos, com escores maiores referentes à maior insatisfação com a imagem corporal. Não há uma escala aceita para a categorização dos pacientes, porém, a partir de 66 pontos, reflete elevado grau de insatisfação com a aparência. Sua consistência interna foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach.

As queixas dermatológicas foram classificadas como cosmiátricas ou não por dermatologista titulado (H.A.M).

A presença de TDC foi definida por escores de BDDE > 66, e avaliada de acordo com o comportamento das covariáveis demográficas e psicológicas a partir de um modelo de regressão logística. Foram mantidos no modelo multivariado apenas as covariáveis que mantiveram a significância ($p < 0,05$) no modelo final. A dimensão do efeito foi estimada pelo *odds ratio* (OR) da regressão e seu 95% IC. Para a análise multivariada, os dados faltantes (< 5% por variável) foram estimados por técnica de imputação múltipla, com 10 iterações.¹⁸

A análise de sensibilidade dos resultados foi realizada a partir do mapa perceptual por análise de correspondência múltipla.¹⁹

O dimensionamento amostral foi baseado em um pré-teste com 100 participantes. A prevalência de TDC, frente até 15 covariáveis (incluindo *dummies*) indicou a necessidade mínima de 80 casos de TDC para conduzir a análise, perfazendo a necessidade de até 220 participantes.²⁰

Os dados foram analisados no software IBM SPSS 25. Considerou-se significativo p-valor $\leq 0,05$.

Tabela 1 Dados clínicos e demográficos de mulheres adultas atendidas em serviço público de dermatologia (n = 223)

Variáveis	Valores
<i>Idade (anos)</i> ^a	41,7 (11,9)
≤ 30 ^b	56 (25)
31 – 50 ^b	106 (48)
> 50 ^b	57 (26)
<i>Escolaridade</i> ^b	
Fundamental	60 (27)
Médio	81 (36)
Superior	81 (36)
<i>Fenótipo</i> ^b	
Branco	188 (84)
Pardo	23 (10)
Negro	10 (5)
<i>Renda familiar (R\$)</i> ^b	
< 1000	51 (23)
1000 – 3000	116 (52)
> 3000	55 (25)
<i>Mora com parceiro</i> ^b	125 (56)
<i>Trabalho assalariado</i> ^b	123 (55)
<i>Queixa cosmiátrica</i> ^b	102 (46)
<i>Violência doméstica</i> ^b	21 (9)
<i>Abuso sexual</i> ^b	16 (7)
Bullying ^b	52 (23)
<i>Alcoolismo parental</i> ^b	47 (21)
<i>Ideação suicida</i> ^b	65 (29)
<i>Tentativa de suicídio</i> ^b	22 (10)
<i>Uso psicotrópico</i> ^b	49 (22)
<i>Escore BDDE</i> ^a	59 (32)
<i>BDDE > 66</i> ^b	85 (38)

^a Média (desvio-padrão).

^b n (%).

Resultados

Foram avaliadas 223 mulheres. Os principais dados clínicos e demográficos estão dispostos na [tabela 1](#). Cerca de metade da amostra apresentava idade produtiva (30 – 50 anos), e a maioria se identificava como de cor branca (84%). Destaque-se a alta prevalência de agravos psicológicos (violência doméstica, *bullying*, abuso sexual) e mais de um terço da amostra (38%) apresentou alto grau de insatisfação com a imagem. A prevalência de TDC foi de 48% entre as mulheres com queixas cosmiátricas e 30% entre as demais ($p < 0,01$).

Não houve recusa de participação nem dificuldade no preenchimento do questionário; o BDDE apresentou adequada consistência interna, coeficiente alfa de Cronbach = 0,90 (95% IC 0,88 – 0,92).

As doenças dermatológicas amostradas estão listadas na [tabela 2](#), e alguns dos relatos referentes ao desgosto com a aparência foram transcritos, textualmente, na [tabela 3](#).

A [tabela 4](#) apresenta as análises bivariada e multivariada, de acordo com a prevalência de TDC. Salientem-se que procura por queixa cosmiátrica (OR = 2,05; $p = 0,02$), menor renda (OR = 2,97; $p = 0,01$), histórico de violência doméstica (OR = 3,23; $p = 0,04$) e ideação suicida (OR = 4,22; $p < 0,01$)

Tabela 2 Grupos de doenças dermatológicas amostradas neste estudo (n = 223)

Diagnóstico	n	%
Fotoenvelhecimento	58	26,0%
Melasma/discromias	35	15,7%
Acne/foliculite	30	13,5%
Eczemas	21	9,4%
Psoríase	18	8,0%
Outros	12	5,4%
Alopecia	9	4,0%
Lúpus cutâneo	8	3,6%
<i>Milium</i>	3	1,3%
Rosácea	3	1,3%
Vitiligo	3	1,3%
Câncer de pele	2	0,9%
Cisto epidérmico	2	0,9%
Dermatose pustulosa das dobras	2	0,9%
Hanseníase	2	0,9%
Micose	2	0,9%
Prurido	2	0,9%
Queloides	2	0,9%
Verruga viral	2	0,9%
Víbices	2	0,9%
<i>Pseudoacantose nigricans</i>	1	0,4%
Nevus melanocítico	1	0,4%
Urticária	1	0,4%

se associaram, de maneira independente, ao maior risco de apresentarem TDC.

O mapa perceptual (análise de correspondência múltipla) das variáveis explicou 33% da variância do modelo completo e está disposto na [figura 1](#), confirmando a proximidade multidimensional do maior tercil dos escores do BDDE com baixa escolaridade, fenótipo negroide, alcoolismo parental, menor renda e ideação suicida. Já o menor tercil de escores do BDDE se aproximou da maior renda, maior nível educacional, menor faixa etária, e a negativa da ideação suicida e do alcoolismo parental.

Discussão

A pele é o principal órgão de contato social, e a aparência corporal pode representar conceitos como saúde, bem-estar, juventude, fertilidade e sucesso. Em diferentes culturas, os indivíduos com boa aparência são mais propensos a obterem melhores notas na escola, serem contratados para um emprego, receberem salários mais altos e serem vistos como melhores, mais inteligentes e mais saudáveis.^{21,22} A busca por melhora da aparência, manutenção da jovialidade, elevação da autoestima e combate ao envelhecimento são demandas do coletivo e remetem a uma busca por inclusão.

O cuidado médico (plástico ou cosmiátrico) se insere no conceito de saúde e doença devido ao prejuízo no bem-estar que a aparência pode infligir. Entretanto, a percepção de imagem corporal é profundamente dependente da subjetividade individual, e pode sofrer interferência cultural, econômica, social, religiosa e das vivências psicológicas de cada indivíduo.^{23,24}

Tabela 3 Transcrição dos principais relatos referentes à insatisfação com a aparência no último mês

A acne me incomoda demais, no geral me sinto feia.
 A linha de expressão me incomoda muito, eu tento mudar meu cabelo para disfarçar.
 A mancha me deixa feia e com autoestima baixa, não quero sair.
 A minha mão me incomoda, as pessoas olham com nojo, acham que vai passar para elas.
 Antes não tinha mancha nenhuma, e agora tem essa horrível no meu rosto.
 Aparecem as lesões no rosto, é feio, todo mundo fica olhando.
 As manchas me deixam parecendo mais velha, passo maquiagem e não fica bom.
 As manchas me incomodam muito, dão a impressão de sujo, as pessoas ficam perguntando o que é.
 As manchas nas pernas não me deixam usar qualquer tipo de roupa.
 As manchas no rosto me incomodam muito, já perdi empregos por causa disso.
 As manchas no rosto me incomodam, quando tiro uma foto fica mais feio ainda.
 As pálpebras caídas me deixam com aspecto de mulher mais velha.
 As pessoas ficam reparando no melasma.
 As rugas e as manchas me incomodam muito mesmo, não consigo olhar no espelho.
 Eles ficam olhando para as manchas do meu rosto.
 Estou com muitas rugas, minha pele fica feia.
 Estrias são a pior coisa possível, um golpe na autoestima.
 Eu acho a pinta horrível, quando você vai a algum lugar todo mundo olha.
 Eu não gosto do que vejo no meu rosto. As manchas causam muito incômodo.
 Eu não quero que as pessoas vejam as minhas mãos.
 Eu tenho linhas de expressão na boca, me sinto péssima.
 Eu tenho que usar roupas para cobrir as lesões do lúpus, eu sofro muito.
 Eu tenho vergonha das varizes, não posso usar as roupas que eu quero.
 Evito sair de casa o máximo possível. Sempre que me olho no espelho, só vejo as manchas e queloides.
 Já fui bonita, mas agora estou velha e me sinto ridícula.
 Me incomodo com a gordura abaixo dos olhos, com as manchas. Já fiz cirurgia plástica, mas não adianta.
 Me sinto estranha com as manchas.
 Me sinto feia, tenho muitas olheiras e cabelos brancos.
 Me sinto incomodada e feia com a acne.
 Me sinto muito incomodada quando não uso maquiagem, a pele do meu rosto é horrível.
 Meu rosto é muito manchado, a pele fica muito envelhecida e sem vida.
 Minha pele é envelhecida, queria que saísse tudo e nascesse outra nova.
 Minhas mãos estão muito envelhecidas, feias, eu luto para isso, mas não melhora. Estou manchada.
 Nada na minha aparência me agrada, se eu pudesse mudaria tudo. Recebi má avaliação no emprego por causa da aparência.
 Não gosto da pele da testa e dos olhos, tem um buraco na minha testa.
 Não gosto das manchas e cicatrizes. Não me acho bonita, tenho baixa autoestima.
 Não gosto das rugas no pescoço e a mancha na pele. As pessoas falam que eu sou louca, mas eu quero arrumar.
 Não gosto das rugas nos olhos, principalmente na hora de sorrir.
 Não gosto de nada na minha aparência.
 Não gosto de nada na minha aparência. Os outros têm jeito de arrumar, eu não. Tem o vermelhidão no rosto, manchas, falhas no cabelo.
 Nunca saio de casa sem maquiagem para encobrir minhas manchas.
 O meu rosto fica muito feio, muito manchado, me ataca, fico nervosa.
 O meu rosto me incomoda, tem manchas e buracos, as pessoas ficam olhando estranho.
 Quero ficar sem essa mancha. Sofro desde criança, porque acham que é sujeira.
 Se eu pudesse evitar, nunca me olharia no espelho.
 Se eu tivesse dinheiro, faria todos os procedimentos possíveis. O envelhecimento é difícil, me separei por causa disso, não consigo outro parceiro por causa disso. Os homens não gostam de mulheres velhas.
 Sei que as pessoas pensam: “Por que ela não tenta melhorar sua aparência?”
 Sempre que estou conversando, sinto que estão olhando para minhas manchas e não para mim.
 Sinto que tenho dificuldade em conseguir emprego por conta das manchas. Odeio olhar no espelho e ver essas manchas.
 Tenho psoríase nas unhas. Dói bastante, atinge a vaidade, as pessoas têm medo de comer a comida que eu faço porque têm medo de a doença ser contagiosa.
 Tudo me incomoda. Meu cabelo não cresce, meu rosto é manchado, fico horrível nas fotos.

Transtornos da autoimagem influenciam sobremaneira a busca pelo cuidado com a pele e o corpo, o que deve alertar os profissionais médicos, especialmente plásticos e dermatologistas, para essa demanda, que não apresenta

correlação com o *status* físico da condição.^{13,25,26} Este estudo mostrou elevada prevalência de preocupação excessiva com a aparência entre pacientes dermatológicos do sexo feminino, especialmente os que apresentam menor renda

Tabela 4 Avaliação da prevalência de transtorno dismórfico corporal quanto a covariáveis demográficas e de agravo psicológico (n = 223)

Variáveis	Escore BDDE Média (desvio-padrão)	Análise bivariada			Análise multivariada ^a		
		Odds ratio	95% IC	p-valor	Odds ratio	95% IC	p-valor ^b
Idade (anos)		1,02	0,99 – 1,04	0,09			
≤ 30	51 (29)						
31 – 50	65 (32)						
> 50	56 (34)						
Fenótipo (negro)		2,57	0,70 – 9,43	0,15			
Branco	58 (32)						
Pardo	63 (29)						
Negro	73 (33)						
Anos de estudo		0,87	0,81 – 0,94	< 0,01			
Fundamental	65 (32)						
Médio	63 (32)						
Superior	51 (31)						
Queixa cosmiátrica		2,18	1,26 – 3,78	< 0,01	2,05	1,10 – 3,82	0,02
Sim	64 (33)						
Não	55 (31)						
Renda (menor)		3,82	1,71 – 8,52	< 0,01	2,97	1,27 – 6,99	0,01
< 1000	67 (34)						
1000 – 3000	63 (32)						
> 3000	45 (26)						
Trabalho assalariado		0,88	0,51 – 1,52	0,65			
Sim	59 (32)						
Não	59 (33)						
Mora com parceiro		1,00	0,58 – 1,72	0,99			
Sim	61 (33)						
Não	56 (31)						
Violência doméstica		6,17	2,17 – 17,55	< 0,01	3,23	1,02 – 10,23	0,04
Sim	84 (33)						
Não	57 (31)						
Abuso sexual		3,95	1,32 – 11,82	0,01			
Sim	78 (28)						
Não	58 (32)						
Bullying		1,71	0,91 – 3,21	0,09			
Sim	70 (34)						
Não	56 (31)						
Alcoolismo parental		2,20	1,14 – 4,22	0,02			
Sim	68 (36)						
Não	57 (31)						
Ideação suicida		5,40	2,89 – 10,07	< 0,01	4,22	2,15 – 8,29	< 0,01
Sim	77 (34)						
Não	52 (28)						
Uso de psicotrópicos		2,09	1,11 – 3,96	0,02			
Sim	65 (36)						
Não	57 (31)						

R (Nagerlkerke = 0,29); Teste de Hosmer-Lemeshow (p = 0,96); BDDE, *Body Dysmorphic Disorder Examination*.

^a p (modelo) < 0,01; p (constante) < 0,01.

^b p-valor ajustado.

familiar, antecedentes pessoais de violência doméstica e ideação suicida, salientando uma base de construção psicológica ao TDC.

A avaliação dos discursos das participantes possibilita compreender a diversidade de significados que os pacientes associam à aparência corporal: beleza, autoestima, nojo, aparência de mais velha que a idade, vergonha, chamar

atenção, estranheza, rejeição, fracasso. No caso do TDC, do ponto de vista das estratégias comportamentais utilizadas, há uma predileção por comportamentos de fuga ou esquivar em relação a eventos em que sua aparência pode desencadear sentimentos aversivos, o que promove isolamento social e favorece o desenvolvimento de transtornos afetivos. Ademais, pacientes com TDC têm histórico frequente

Maira Renata Merlotto: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Cássia Lopes Dantas: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Fernando Henrique Olivetti: Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Hélio Amante Miot: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Conrado LA. Body dysmorphic disorder in dermatology: diagnosis, epidemiology and clinical aspects. *An Bras Dermatol*. 2009;84:569–81.
2. Veale D, Bewley A. Body dysmorphic disorder. *BMJ*. 2015;350:h2278.
3. Anson M, Veale D, Miles S. Appearance comparison in individuals with body dysmorphic disorder and controls. *Body Image*. 2015;15:132–40.
4. Ribeiro RVE. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery and Dermatology Patients: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Aesthetic Plast Surg*. 2017;41:964–70.
5. Brito MJ, Nahas FX, Cordas TA, Gama GM, Sucupira ER, Ramos TD. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Symptoms and Body Weight Concerns in Patients Seeking Abdominoplasty. *Aesthet Surg J*. 2016;36:324–32.
6. Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg*. 2001;27:457–62.
7. Kuhn H, Cunha PR, Matthews NH, Kroumpouzou G. Body dysmorphic disorder in the cosmetic practice. *G Ital Dermatol Venereol*. 2018;153:506–15.
8. Dogruk Kacar S, Ozuguz P, Bagcioglu E, Coskun KS, Tas HU, Polat S, et al. The frequency of body dysmorphic disorder in dermatology and cosmetic dermatology clinics: a study from Turkey. *Clin Exp Dermatol*. 2014;39:433–8.
9. Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, Fossaluzza V, Torres AR, Miguel EC, et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63:235–43.
10. Mufaddel A, Osman OT, Almugaddam F, Jafferany M. A review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2013;15:r01464. PCC.12.
11. Snorrason I, Beard C, Christensen K, Bjornsson AS, Bjorgvins-son T. Body dysmorphic disorder and major depressive episode have comorbidity-independent associations with suicidality in an acute psychiatric setting. *J Affect Disord*. 2019;259:266–70.
12. Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim psychiatry*. 2007;14:58–66.
13. Koblenzer CS. Body dysmorphic disorder in the dermatology patient. *Clin Dermatol*. 2017;35:298–301.
14. Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:436–41.
15. Rosen JC, Reiter J. Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behav Res Ther*. 1996;34:755–66.
16. Jorge RT, Sabino Neto M, Natour J, Veiga DF, Jones A, Ferreira LM. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. *Sao Paulo Med J*. 2008;126:87–95.
17. Ramos TD, Brito MJ, Piccolo MS, Rosella MF, Sabino MN, Ferreira LM. Body Dysmorphic Symptoms Scale for patients seeking esthetic surgery: cross-cultural validation study. *Sao Paulo Med J*. 2016;134:480–90.
18. Miot HA. Anomalous values and missing data in clinical and experimental studies. *Jornal Vascular Brasileiro*. 2019;18:e20190004.
19. Sourial N, Wolfson C, Zhu B, Quail J, Fletcher J, Karunanathan S, et al. Correspondence analysis is a useful tool to uncover the relationships among categorical variables. *J Clin Epidemiol*. 2010;63:638–46.
20. Miot HA. Sample size in clinical and experimental trials. *J Vasc Bras*. 2011;10:275–8.
21. Thomas JR, Dixon TK. A Global Perspective of Beauty in a Multicultural World. *JAMA Facial Plast Surg*. 2016;18:7–8.
22. Weeks DM, Thomas JR. Beauty in a multicultural world. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2014;22:337–41.
23. Cerrati EW, Thomas JR. The multicultural evolution of beauty in facial surgery. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2017;83:373–4.
24. Segre M, Ferraz FC. [The concept of health]. *Rev Saude Publica*. 1997;31:538–42.
25. Lambrou C, Veale D, Wilson G. The role of aesthetic sensitivity in body dysmorphic disorder. *J. Abnorm Psychol*. 2011;120:443–53.
26. Soler PT, Novaes J, Fernandes HM. Influencing Factors of Social Anxiety Disorder and Body Dysmorphic Disorder in a Nonclinical Brazilian Population. *Psychol Rep*. 2019;122:2155–77.
27. Moriyama JS, Amaral VLAR. Body dysmorphic disorder under the perspective of the behavior analysis. *Rev Bras Ter Cogn*. 2007;9:11–25.
28. Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, de Menezes GB, Nascimento AL, Mendlowicz MV, et al. A sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36:243–59.
29. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Kalaf J, Versiani M. The problem of delusional ugliness: is it really body dysmorphic disorder? *World J Biol Psychiatry*. 2006;7:110–5.
30. Rauch SL, Phillips KA, Segal E, Makris N, Shin LM, Whalen PJ, et al. A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res*. 2003;122:13–9.
31. Ramos TD, de Brito MJA, Suzuki VY, Sabino Neto M, Ferreira LM. High Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Moderate to Severe Appearance-Related Obsessive-Compulsive Symptoms Among Rhinoplasty Candidates. *Aesthetic Plast Surg*. 2019;43:1000–5.
32. Gupta MA, Gupta AK. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. *Clin Dermatol*. 2013;31:72–9.
33. Singh AR, Veale D. Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian J Psychiatry*. 2019;61:55–131.