

KÁTIA PEREZ RAMOS

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO
DISMÓRFICO CORPORAL: PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS**

PUC-CAMPINAS

2009

KÁTIA PEREZ RAMOS

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO
DISMÓRFICO CORPORAL: PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS**

Pesquisa apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, do Centro de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como parte dos requisitos exigidos para o processo de obtenção do grau de doutor.

Área de concentração: Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

PUC-CAMPINAS

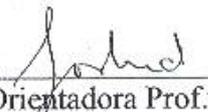
2009

KÁTIA PEREZ RAMOS

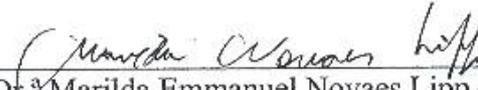
**ESCALA DE AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO
DISMÓRFICO CORPORAL: PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS**

Campinas, 12 de Maio de 2009.

Comissão Examinadora,



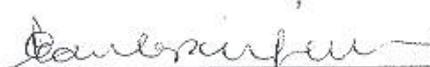
Presidente e Orientadora Prof.^a Dr.^a Elisa Medici Pizão Yoshida – Pontifícia
Universidade Católica de Campinas



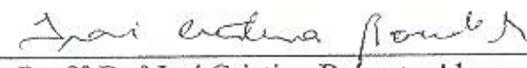
Prof.^a Dr.^a Marilda Emmanuel Novaes Lipp – Pontifícia Universidade Católica de
Campinas



Prof.^a Dr.^a Tatiana de Cássia Nakano – Pontifícia Universidade Católica de Campinas



Prof.^a Dr.^a Ana Paula Porto Noronha Fagundes – Universidade São Francisco



Prof.^a Dr.^a Iraí Cristina Boccato Alves – Universidade de São Paulo

Puc-Campinas
2009

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que mais amo:

À meus pais, **Mário e Carmen**, por suas histórias de sucesso na educação dos filhos! Pela concretude do ato educativo permanente, cujas trajetórias de vida marcaram a ética de meus passos. Mostrando-me que o amor não tem tempo nem espaço, que se faz no fluir da vida. Eles são, para mim, simplesmente tudo. Sempre e para sempre...

À meus irmãos, **Karen e Ricardo**, partes de mim, de quem sou e serei, antes de tudo e para sempre, uma orgulhosa irmã!

Karen: Acaso poderá saber o quanto te gosto e me preocupo contigo? Estarei sempre aqui... como sabes! À volta da tua concha querendo entrar no teu mundo para aprender mais com tua força e tua beleza. Mas não quero que me abras a concha toda, só preciso que abras uma pequena aresta e deixes, às vezes, entrar um pouco à luz do meu olhar.

Ricardo: De ti muitas saudades... e um agradecimento sincero por ser uma pessoa única, maravilhosa, que ensina mais no silêncio do que com palavras, o valor da amizade, do companheirismo, da cumplicidade e da coragem!

À meu amado esposo **Vinicius**, que me ensinou as prioridades na vida. Célula mater de minha vida, que me faz acreditar que sempre é possível fazer melhor por mim... permitiu-me sentir que o sujeito se constitui na mescla de seu cotidiano... que cada um é único... que atrás de cada nome há uma história de vida que se vai compondo a cada tempo.....e que é possível mudar o que não nos faz bem por mais difícil que seja... Obrigada pela paciência, pela cumplicidade, por todos os cuidados!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Dra. *Vera Lucia Adami Raposo do Amaral*: Obrigada por tudo! Por sempre acreditar em mim e pela motivação contínua durante todo o processo. Pela orientação e apoio a realização deste trabalho. Mas, acima de tudo, pelo dom de si mesma!

À Profa. Dra. *Elisa Medici Pizão Yoshida*: minha eterna gratidão por aceitar a difícil tarefa de orientar um trabalho em andamento e contribuir decisivamente para a qualidade do mesmo. Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dra. *Ana Paula Noronha* e Prof^a. Dra. *Solange Weschsler* pela atenção e sugestões no exame de qualificação.

À Prof^a Dra. *Vera Trevisan* e Prof. Dr. *Wilton de Oliveira* pela oportunidade do estágio de docência.

Aos amigos indispensáveis *Tatiana Lussari* e *Rodrigo Albano*, por todas as horas: de alegria, de cuidados, de conversas, e por tudo que me ensinam sobre amizade e entusiasmo.

Às amigas *Daniela Casteleti*, *Nathali Sabino* e *Ana Flávia Carletti* por todo o carinho, por estarem sempre dispostas e prontas a me ajudar e motivar. Obrigado por tudo meninas! Vocês são especiais...

À amiga *Vanessa Jusevicius* pela total compreensão e pelo apoio fundamental nesta fase de minha vida. Por todas as oportunidades de contato, de troca, de conversa, de aprendizagem... Obrigada de coração!

À todos os professores e amigos do curso de Psicologia da Faculdade de Jaguariúna, em especial a *Cíntia Bueno*, *Carolina Marques*, *Ana Cláudia Montanari*, *Lenize Dobermann* e *Paula Saretta* sempre tão próximas e tão afetivas, me motivando e me fazendo continuar a caminhada. Vocês são pessoas maravilhosas!

À amiga *Érika Mantovani* pela ajuda necessária com as revisões em inglês.

À minha terapeuta *Solange Granzmann* por mostrar-me que há vida além de minhas fronteiras e, ainda mais, pela oportunidade de conhecer alguém com mente brilhante e espírito nobre.

Aos amigos do curso de doutorado pela convivência, aprendizagem e momentos compartilhados.

Aos professores que compõe o programa de pós-graduação em Psicologia da Puc-Campinas pela contribuição para a melhoria do meu desempenho profissional e crescimento pessoal.

Às secretárias e, mais que isso, amigas *Elaine Machado de Oliveira* e *Eliane Silva* por todas as “super” ajudas e todo o apoio emocional que sempre me deram. Vocês foram essenciais nesta etapa de minha vida!

Às secretárias *Dareide Peres* e *Maria Amélia Gonçalves* pelas informações, e pela gentileza e presteza com que fazem o seu trabalho.

Aos cirurgiões plásticos, dentistas, psicólogos e psiquiatras que dedicaram seu precioso tempo para participarem desta pesquisa.

À todos os participantes da pesquisa que encontraram tempo para interessar-se e responder os questionários e escalas, possibilitando este trabalho.

Aos *pacientes*, objetivo maior de toda atividade científica.

À *Capex* pelo auxílio financeiro, um especial agradecimento.

“As Três Graças”

Um doutor em estética do corpo, ao visitar o Museu do Prado, em Madri, achou que as Três Graças, na tela de Rubens, sofriam de celulite, mais acentuada na Graça do centro.



“As três Graças”
Peter Paul Rubens (Século XVII)

Procurou o diretor do museu e sugeriu-lhe que o quadro fosse submetido a tratamento especial, de modo a ajustar os nus femininos aos cânones de beleza e hígidez que hoje cultuamos.

O diretor ouviu-o polidamente e respondeu que nada havia a fazer, pois as obras-primas do passado são intocáveis, salvo quando acidente ou atentado tornam imperativa a restauração. Além do mais, pode ser que no século XVII o que hoje chamamos de celulite fosse uma graça suplementar.

À noite, o esteta inconformado tentou penetrar no museu, foi impedido e preso. Interrogado, explicou que queria raptar o quadro e confiá-lo a famoso especialista em cirurgia plástica, pois o caso não era de restauração nem de regime alimentar. Seria a primeira vez em que uma obra de arte receberia tratamento médico especializado, feito o qual tornaria ao museu.

O homem foi mandado embora, com a advertência de que sua presença não seria mais tolerada em museus espanhóis. E aconselhado a frequentar assiduamente as praias, para se habituar às imperfeições do corpo humano, que formam a perfeição relativa.

(Carlos Drummond de Andrade - Contos Plausíveis, 1981).

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	x
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
RESUMEN.....	xiii
APRESENTAÇÃO.....	xiv
INTRODUÇÃO.....	01
1. Transtorno Dismórfico Corporal: história, diagnóstico, prevalência, principais características e tratamento.....	07
2. Instrumentos de medida e avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal.....	26
OBJETIVOS	34
MÉTODO	
Participantes	35
Material	40
Procedimento.....	42
RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	95

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Matriz de Conteúdo dos Critérios Diagnósticos do TDC.....	22
Tabela 2. Dados das Características Sócio-demográficas dos participantes do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) e valores do Qui-quadrado intra e intergrupo para cada variável	37
Tabela 3. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação à distribuição de queixas em relação à partes do corpo ou ainda às partes do corpo submetidas à cirurgia plástica estética.....	38
Tabela 4. Resultados da entrevista de caracterização dos participantes utilizados para compor o Grupo 1-Caso (N=30) e o Grupo 2-Não-Caso (N=400).....	49
Tabela 5. Grau de acordo entre juízes em relação a cada item por Fator.....	54
Tabela 6. Explicação dos fatores de uma análise fatorial obtida a partir de uma análise de componentes principais.....	60
Tabela 7. Comunalidades referentes a uma solução com três fatores.....	62
Tabela 8. Cargas fatoriais para solução com três fatores com rotação varimax.....	64
Tabela 9. Distribuição dos itens com base nos indicadores teóricos do TDC (n=35), distribuição dos itens retidos (n=28) com base em Análise Fatorial Exploratória de Componentes Principais e Descrição teórica dos Fatores com base no DSM-IV-TR TM (2000).....	66
Tabela 10. Resultados da <i>Prova U de Mann-Whitney</i> para o Grupo 1 – Caso (n=30) e Grupo 2 – Não Caso (N=400) (média dos postos, valor de <i>U</i> , valor de <i>p</i> e decisão).....	68
Tabela 11. Resultados da <i>Prova U de Mann-Whitney</i> para o Sub-Grupo 1 – Caso (n=24) e Sub-Grupo 2 – Não Caso (n=24) (média dos postos, valor de <i>U</i> , valor de <i>p</i> e decisão).....	70

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Escala piloto de avaliação do transtorno dismórfico corporal.....	95
Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o cirurgião plástico, dentista, psicólogo e psiquiatra.....	102
Anexo C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Participante– G1 e G2	104
Anexo D. Roteiro para conversar com os cirurgiões plásticos, dentistas, psicólogos e psiquiatras.....	106
Anexo E. Roteiro para os cirurgiões plásticos, dentistas, psicólogos e psiquiatras contatarem os pacientes.....	107
Anexo F. Roteiro para caracterização e entrevista dos participantes.....	108
Anexo G. Ficha de análise dos Juízes.....	109
Anexo H. Carta de Autorização para coleta de dados da Instituição de Ensino Superior	112
Anexo I. Tabela de categorização dada pelos juízes a cada um dos itens da escala segundo os três fatores do DSM-IV-TR TM para o diagnóstico do TDC.....	113
Anexo J. Carta do Comitê de Ética em Pesquisa da Puc-Campinas	114

RAMOS, K. P. (2009). Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal: propriedades psicométricas. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil, xix + 115 pp.

RESUMO

O estudo analisou as propriedades psicométricas da Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal – EA-TDC. Foram estimadas a validade de conteúdo, validade de construto, a validade de critério e a consistência interna do instrumento. Contou-se com três amostras de participantes: G1: 30 pacientes diagnosticados com TDC de ambos os sexos (F=70% e M=30%); G2: 400 estudantes universitários de ambos os sexos (F=74,5% e M=25,5%); e G3: 10 profissionais das áreas de Psicologia (N=4), Psiquiatria (N=2), Odontologia (N=2) e Cirurgia Plástica (N=2), com experiência clínica entre 8 e 31 anos. A EA-TDC é um instrumento composto de 35 itens que devem ser respondidos por meio de uma escala Likert de 4 pontos, que variam entre 1 (discordo plenamente) e 4 (concordo plenamente). Originalmente, foram desenvolvidos itens para avaliar três dimensões, descritas na literatura como típicas do TDC: 1. Preocupação com um defeito na aparência; 2. Sofrimento e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e outros; 3. Preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia. Os itens desta versão da Escala foram reformulados em itens com 4 alternativas de resposta cada referente ao grau de intensidade. Foram criados também mais 5 itens para ampliar o número de itens referentes ao diagnóstico diferencial (dimensão 3). Em relação à validade de conteúdo verificou-se a pertinência dos 40 itens ao construto, por meio da análise teórica de juízes. Cinco itens não obtiveram concordância de no mínimo 80% entre os juízes e foram eliminados. A escala foi então aplicada no G1 e no G2. A análise fatorial com rotação varimax apontou para uma solução unidimensional, composta de 28 itens com cargas superiores 0,53, que se agruparam em um único fator (F1). Este reuniu duas das dimensões teóricas em uma única: “Preocupação com um defeito na aparência e Sofrimento e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e outros”. A validade de critério, por meio da prova *U de Mann-Whitney*, mostrou que 30 dos 35 itens da escala são sensíveis para discriminar os indivíduos diagnosticados com TDC dos indivíduos sem o diagnóstico do transtorno. Dentre eles encontravam-se os 28 já apontados pela análise fatorial. Submetidos a análise de consistência interna, os 28 itens resultaram em alpha de Cronbach igual a 0,97. Concluiu-se que estes 28 itens deveriam ser retidos para a constituição de uma nova versão do instrumento (EA-TDC-28), por deterem validade de conteúdo, validade de construto, validade de critério e precisão. Considerações em relação à unidimensionalidade e sugestões de continuação dos estudos referentes a EA-TDC-28 são realizadas.

Palavras-chaves: avaliação psicológica; auto-relato; assistência à saúde; transtorno somatoforme.

RAMOS, K. P. (2009). Body Dysmorphic Disorder Scale: psychometric properties. Doctoral Tesis. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil, xix + 115 pp.

ABSTRACT

The study analyzed the psychometric properties of the Scale of Assessment of Body Dymorphic Disorder - SA-BDD. Were estimated the content validity, construct validity, validity of criterion and internal consistency of the instrument. The sample was integrated by three groups: G1: 30 patients diagnosed with BDD (F = 70% and M = 30%), G2: 400 college students (F = 74.5% and M = 25.5%) and G3: 10 professionals of Psychology (N = 4), Psychiatry (N = 2), Dentistry (N = 2) and Plastic Surgery (N = 2) with clinical experience between 8 and 31 years. The SA-BDD is a 35- item instrument answered by a 4-point Likert scale ranging from 1 (fully disagree) to 4 (totally agree). Originally, items were developed to evaluate three dimensions, described in the literature as typical of the BDD: 1. Concern with a defect in appearance, 2. Suffering and loss of social and/or occupational functioning, and other, 3. Concern is not better explained by other disorders such as anorexia. Items of the first version of the scale were reformulated and divided into groups of items with 4 statements regarding each level of intensity. Five (5) more items of groups were also developed to increase the number of items for differential diagnosis (dimension 3). A theoretical analysis of the 40 groups of items, carried out by independent judges, gave measure of the content validity of the scale. Judges have not agreed on five items. The scale was then applied to G1 and G2. The factor analysis with Varimax rotation pointed to a one-dimension solution, consisting of 28 items, loading above 0.53, bringing together two of the theoretical dimensions: "Concern with a defect in appearance and suffering and loss of social and or occupational functioning, and others." The validity of criterion, carried out by the Mann-Whitney U test showed that 30 of the 35 items are sensitive to discriminate individuals diagnosed with BDD from individuals without this diagnosis. The scale showed an excellent internal consistency with Cronbach's alpha equal to 0.97. It was concluded that 28 items should be retained for a new version of the instrument (SA-BDD-28), which showed good content validity, construct validity, validity of criterion and reliability. Considerations regarding the one-dimensional solution and suggestions for further study are made.

Keywords: psychological assessment, self-report, health care, somatoform disorder.

RAMOS, K. P. (2009). Escala de Evaluación del Trastorno Dismórfico Corporal: propiedades psicométricas. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil, xix + 115 pp.

RESUMEN

El estudio examinó las propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación del Trastorno Dismórfico Corporal - EA-TDC. Se estimó la validez de contenido, validez de constructor, la validez de criterio y la consistencia interna del instrumento. Hay tres muestras de participantes: G1: 30 pacientes con diagnóstico de TDC de ambos sexos (F = 70% y M = 30%), G2: 400 estudiantes universitarios de ambos sexos (F = 74,5% y M = 25,5%) y G3: 10 profesionales en las áreas de Psicología (N = 4), Psiquiatría (N = 2), Odontología (N = 2) y Cirugía Plástica (N = 2), con experiencia clínica entre 8 y 31 años. La EA-TDC es una escala que consta de 35 artículos que deben ser respondidas por medio de una escala Likert de 4 puntos, que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) y 4 (de acuerdo). Originalmente, fueron desarrollados artículos para evaluar tres dimensiones, descritas en la literatura como típicas de TDC: 1. Preocupación por un defecto en la apariencia, 2. Sufrimiento y el deterioro del funcionamiento social, ocupacional y otros, 3. Preocupación no es mejor explicada por otros trastornos, como la anorexia. Los elementos de esta versión de la escala se reformularon en artículos con 4 declaraciones relativas a cada grado de intensidad. También fueron creados mas 5 artículos para aumentar el número de elementos referentes al diagnóstico diferencial (tamaño 3). En cuanto a la validez de contenido, se verificó la pertinencia de los 35 artículos al constructo, a través del análisis teórico de los jueces. Cinco artículos no tuvieron un acuerdo de al menos el 80% de los jueces. La escala fue aplicada a G1 y G2. El análisis factorial con rotación varimax indicó una solución unidimensional, que consta de 28 ítems con pesos de más de 0,53, que se agrupan en un solo factor (F1). Este reunió a dos de los aspectos teóricos en uno: "La preocupación por un defecto en la apariencia y el sufrimiento y la pérdida de funcionamiento social, ocupacional y otros." La validez de criterio, por medio de la prueba *U de Mann-Whitney*, mostró que 30 de los 35 elementos de la escala son sensibles a la discriminación contra las personas con diagnóstico de TDC, de personas sin el diagnóstico del transtorno. Entre ellos se encontraban los 28 ya identificados por el análisis factorial. Submetidos al análisis de consistencia interna, los 28 artículos resultaron en Alpha de Cronbach igual a 0,97, lo que sugiere que la escala de medición fue de 97% de los efectos reales. Se concluyó que estos 28 artículos se deberían ser retidos para formar una nueva versión del instrumento (EA-TDC-28) por deteneren la validez de contenido, la validez de constructo, la validez de criterio y fiabilidad. Consideraciones sobre unidimensional y sugerencias de nuevos estudios acerca de la EA-TDC-28 se realizan.

Palabras clave: evaluación psicológica, auto-informe, atención a la salud, transtorno somatoforme.

APRESENTAÇÃO

A beleza é um conceito cultural estabelecido pelos membros de determinada população e influenciado pela história desta sociedade e pelo seu contexto atual. Desta forma, o padrão de beleza e o conceito de belo não são estáticos, estão sempre sendo modificados (Castilho, 2001).

Atualmente a preocupação com a estética vem sendo o alvo das atenções da maioria das pessoas, e esse interesse pela beleza tem aumentado a cada dia que passa. O culto à imagem atingiu, para muitos, níveis estratosféricos e, o que se observa são pessoas sacrificando a própria natureza do corpo em prol do padrão de beleza instituído pela sociedade atual.

Na Idade Média os níveis de exigência estética eram bem menores. Apenas com o Renascimento, o ideal greco-romano de beleza voltou a vigorar e foi se construindo uma cultura em que a beleza tem lugar preponderante, para atingir o ápice na atual sociedade de consumo. A busca de tratamentos cosméticos, cirurgias plásticas, dietas, entre outros; e a multiplicação de produtos, revistas e tratamentos que vendem a idéia do “corpo perfeito” cresce a cada momento.

Há um século a indústria da beleza prosperou vertiginosamente, e vem movimentando bilhões de dólares por ano em todo o mundo. A receita dessa indústria no Brasil, contando apenas produtos de higiene, cosméticos e perfumaria, foi de 7,5 bilhões de reais no ano de 2003, quase 14% mais que os 6,6 bilhões de reais de 1999 (Frenette, 2004).

Desde o começo dos anos 90, circulou 73% mais dinheiro nesse setor no Brasil. Na área de suplementos alimentares (que a maioria consome mais com preocupações estéticas

que de saúde) os números também são altos. Esse mercado tem receita anual de 17 bilhões de dólares nos EUA e de 1,5 bilhões de reais no Brasil (Frenette, 2004).

No campo das intervenções cirúrgicas com fins estéticos o Brasil só perdeu, em 1999, para os EUA. Em 1994 foram cinco mil cirurgias plásticas em jovens entre 15 e 25 anos. Em 1999, subiram para 30 mil. Crescimento vertiginoso de 600%. No ano de 2003 mais de 450 mil cirurgias plásticas foram realizadas, a ponto das clínicas e instituições ligadas à área aguardarem a aprovação do Banco Central para consórcios desse tipo de cirurgia (Frenette, 2004).

Relações entre peso e beleza também revelam a dimensão do culto ao corpo. Vinte anos atrás uma *top model* pesava 8% menos que a média das mulheres. Hoje a diferença saltou para 25%. Já nos anos 90, Etcoff (1999) verificou que quase metade das mulheres da *Playboy* e um terço das 500 modelos pesquisadas em sites de agências estavam dentro dos critérios internacionais de desnutrição e de peso perigosamente reduzido.

Uma pesquisa realizada com 548 meninas de 11 a 18 anos em Boston, EUA, mostrou que mais de dois terços admitiram ver modelos como Kate Moss e Claudia Schiffer como padrões de beleza. Além disso, apenas 29% estavam acima do peso, mas 66% queriam emagrecer e, metade declarou ler revistas de moda de duas a cinco vezes por mês, além de manifestar desejos estéticos irreais para as possibilidades de seus corpos (Maya, 1997 apud Etcoff, 1999).

Brumberg (2003, p. 14) realizou uma pesquisa que descrevia as angústias e traumas das jovens americanas com a própria aparência desde 1830 até os dias atuais. Ela relata que: "*A diferença é que, no século passado, as garotas não organizavam suas vidas em torno de seus corpos. Hoje há uma substituição do bom comportamento pela boa aparência.*" Deppe (2000, p. 32) ajuda a entender como se construiu socialmente a legitimação das preocupações

com o corpo e a beleza: *“O que antes era futilidade, virou causa de vida e morte. Na década de 70, médicos e cientistas mostravam nas páginas da revista a importância da beleza física para manter a saúde mental. O cuidado com a aparência foi cientificamente justificado, migrando do terreno da vaidade para o da necessidade física e mental”*.

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

A característica central do transtorno dismórfico corporal (TDC) é a preocupação de uma pessoa de aspecto físico normal, com um defeito imaginário em sua aparência ou a preocupação excessiva com uma pequena imperfeição física (Allen & Hollander, 2000; Phillips, Albertini & Rasmussen, 2002; Phillips & Kaye, 2007). Pacientes com TDC julgam-se pouco atraentes, deformados e até horripilantes ou monstruosos. O foco de suas crenças costuma envolver cabelo, nariz ou pele (Phillips & cols., 1993; Phillips & Kaye, 2007), mas pode incluir qualquer área do corpo ou até mesmo o corpo inteiro (Phillips & Hollander, 2008). No entanto a preocupação com múltiplas áreas é comum (Buhlmann, Teachman, Gerbershagen, Kikul, & Rief, 2008).

Em estudos provenientes de diversos países, o TDC tem sido uma condição freqüente, afetando cerca de 0,7% a 1,2% da população em geral (Faravelli & cols., 1997; Jakubietz, Jakubietz, Kloss & Gruenert, 2007; Otto & cols., 2001) e 4% a 4,8% dos estudantes

universitários (Bohne, Keurhen & cols., 2002; Bohne, Wilhelm & cols., 2002; Cansever & cols., 2003; Torres, Ferrão & Miguel, 2005). O TDC foi observado em 13,1% de uma amostra de pacientes internados por motivos psicológicos (Grant, Kim & Crow, 2001) e em 3,2% de um grupo de pacientes psicoclínicos ambulatoriais (Zimmerman & Mattia, 1998). Não existem dados epidemiológicos sobre o transtorno no Brasil, mas casos de pacientes com TDC têm sido observados em nosso meio (Citti & Haranaka, 1993; Figueira & cols., 1993; Fontenelle & cols., 2002; Torres, Ferrão & Miguel, 2005).

O TDC tem sido encontrado com maior frequência em pacientes ambulatoriais com transtornos de ansiedade, mais especificamente em 11% a 12% dos indivíduos com fobia social (Brawman-Mintzer & cols., 1995; Phillips & Stout, 2006; Wilhelm & cols., 1997) e em 8% a 12% daqueles com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (Brawman-Mintzer & cols., 1995; Phillips & cols., 2007; Simeon & cols., 1995). Segundo Nierenberg (2002) 14,4% dos pacientes com depressão atípica e 5,1% daqueles com depressão não-atípica também apresentam TDC. Outros estudos mostram que em torno de 32% dos indivíduos com *skin-picking* (relacionado a transtornos de controle dos impulsos) possuem o diagnóstico de TDC (Phillips & Kaye, 2007; Wilhelm & cols., 1999).

Além disso, taxas elevadas de depressão maior (endógena, unipolar), fobia social, TOC e transtornos por uso de substâncias têm sido observados em pacientes ambulatoriais com o diagnóstico primário de TDC (Gunstad & Phillips, 2003; Phillips, Didie & Menard, 2007). Em um estudo realizado por Aouizerate (2003), com candidatos à cirurgia plástica cosmética, o TDC foi observado em 9,1 % dos pacientes e em pesquisa posterior 13% dos pacientes tinham o diagnóstico de TDC (Glaser & Kaminer, 2006). Assim, o TDC parece ser relativamente comum na comunidade psiquiátrica (Kroenke, 2007; Perugi & cols., 1998; Simeon, Hollander, Stein, Cohen & Aronowitz, 1995), de cirurgia plástica cosmética (Glaser

& Kaminer, 2006; Sarwer, Whitaker, Pertschuk & Wadden, 1998; Sarwer, Cash, Magee & Williams, 2005), e na área dermatológica (Dufresne, Phillips, Wikel & Vittorio, 2001; Veale, De Haro & Lambrou, 2003). Uma média de 50% dos pacientes com TDC é submetida à cirurgia ou tratamento dermatológico, freqüentemente com resultados negativos. Em todos esses casos o TDC tem sido relatado como de difícil tratamento.

A literatura consistentemente enfatiza o sofrimento que pode ser causado por esse transtorno. À diferença das preocupações normais acerca da aparência, a preocupação no transtorno dismórfico corporal consome excessivo tempo e está associada com sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social e/ou ocupacional e em outras áreas da vida do indivíduo. Entretanto, o TDC pode ser insuficientemente reconhecido em contextos nos quais são executados procedimentos com finalidades cosméticas. De qualquer forma, portadores de TDC com freqüência buscam e recebem tratamentos médicos gerais, dentários ou cirúrgicos para a correção de seus defeitos imaginários, em uma peregrinação por diversos profissionais, principalmente cirurgiões plásticos, sem, no entanto, corrigir os supostos defeitos (Amaral, 2002; Dufresne, Phillips, Vittorio & Wikel, 2001; Phillips & Kaye, 2007). Isto porque o TDC é pouco identificado pelos profissionais da área médica a quem primeiramente estas pessoas recorrem. Os profissionais tendem a responder às queixas do paciente, na tentativa de solucionar o problema. Entretanto, o que se vê é que o problema se agrava, e a relação médico-paciente fica muito difícil, pois o profissional nunca conseguirá atingir as expectativas do paciente. No que se refere aos instrumentos de avaliação do transtorno dismórfico corporal, tem-se escasso material. A maioria foi desenvolvida para a avaliação de transtornos cujos sintomas guardam alguma relação com os do TDC, como os transtornos alimentares, transtorno obsessivo compulsivo, entre outros.

A autora da presente pesquisa teve a oportunidade de observar o sofrimento causado pelo Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) não só aos portadores de TDC quanto aos seus familiares, o que a mobilizou para conhecê-lo melhor. Como consequência desenvolveu uma primeira versão de instrumento para a avaliação do TDC, no seu curso de mestrado, intitulada Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal – EA-TDC (Ramos, 2004). No presente estudo, o objetivo geral foi revisar e validar este instrumento de fácil administração para o uso de profissionais da área da saúde, já que ao identificar o transtorno, o profissional terá instrumentos para dar melhor orientação ao paciente evitando os efeitos deletérios de um tratamento equivocado. Assim, seu estudo se justificou socialmente em função de se encontrar portadores de TDC, de uma forma mais concentrada, em consultórios dermatológicos e de cirurgia plástica, contextos nos quais o transtorno é mantido, assim como o é o sofrimento do paciente (Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993; Sarwer & Crerand, 2008). Cientificamente, o estudo se justifica pelo fato de receber pouca atenção empírica e se fez importante uma vez que possibilitou clarificar alguns aspectos relacionados ao transtorno na prática médica cosmética trazendo, com isto, uma contribuição para que o TDC seja melhor avaliado e, conseqüentemente, melhor tratado.

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade, a aparência física foi fundamental e requerida como atributo necessário à sobrevivência da raça. O homem primitivo precisava de uma intensa participação corporal, essencialmente pelo predomínio da linguagem gestual como principal meio de expressão e por sua interação com a natureza. Os fenômenos naturais determinaram as relações sociais do homem primitivo. Entretanto, a importância corporal não era somente concebida como valor de sobrevivência. O esteticamente belo, a perfeição e a simetria eram considerados atributos essenciais ao corpo. Até mesmo as relações sociais eram construídas e consolidadas pelo corpo (Gonçalves, 1994). Nesse sentido, o povo grego como expoente civilizador de sua época instituiu as competições esportivas como meio da celebração das qualidades corporais. O corpo forte, musculoso, doutrinava o exercício do poder: o êxito nos torneios esportivos exercia um enorme fascínio social, chegando a determinar o resultado de guerras e disputas territoriais. A esse respeito Gonçalves comenta:

Nessas sociedades eram valorizadas as qualidades corporais como força, destreza e agilidade, não somente em torneios e competições, também eram importantes para a vida militar e política. Vencer uma competição significava não somente a compreensão de uma superioridade física, mas muito mais: o reconhecimento do vencedor como um elemento superior daquela sociedade (Gonçalves, 1994, p. 18).

As transformações que a estrutura social sofreu nessa fase da história humana assinalaram a alternância do enaltecimento da guerra e dos valores coletivos para a valorização do trabalho e do pensamento individual. A nova ordem social provocou a desintegração dos laços familiares e a desvalorização das qualidades físicas guerreiras,

inutilizadas pela condição de existência já estabelecida: o trabalho individual. Como discute Herold Junior:

(...) o coletivismo, coragem, amizade, respeito aos familiares, e a terra, tornaram-se sentimentos que não mais respondiam à nova forma de ser social, corporalmente, a força, destreza, habilidade com as armas e cavalos, tornaram-se adjetivos que não eram mais concretizados pelas novas sociedades (Herold Jr., 1997, p. 8).

Assim, no contexto de profundas transformações sobre as formas de conceber o corpo surgiu o pensamento dicotômico. Este, hipoteticamente, dividiu o homem em duas subunidades: corpo e mente. De acordo com Gallo (2000), Sócrates inaugurou essa atividade sugerindo um repensar sobre a unidade do ser, terminando por percebê-lo como corpo perecível e alma imortal. Nesses termos, o autor assinalou que também Platão intensificou essa relação, negligenciando ainda mais o valor do corpo. Surgiria desse entendimento a afirmação de que a alma seria eterna, pura, sábia, ao passo que o corpo seria mortal, impuro, degradante. Nessa linha de pensamento, o corpo era encarado como uma verdadeira prisão capaz de obstruir a ascensão da alma ao plano ideal perfeito.

No início do século III A.C. as percepções sobre o corpo reveladas através da escultura demonstraram a preocupação com a mobilidade corporal. As representações artísticas adquiriram maior dramaticidade, buscando o contraste entre o nu e o vestido, a vida e a morte, a força e a debilidade física. Todavia, no momento em que a dominação política do Império Romano se impôs, a construção do pensamento filosófico, e por conseqüência, as acepções corporais instituídas por ele foram alteradas. Embora tenha sido atribuído ao culto do corpo um valor pagão, sendo até mesmo abolidas as Olimpíadas (pelo imperador Teodósio – séc. IV), a arte romana manteve-se orientada pela expressão do ideal de beleza grego-helenística, adotando também referenciais etruscos (registros de manifestações do cotidiano).

Nos períodos posteriores, as representações do corpo adquiriram outras dimensões, subjugando-o a temas que potencializariam as questões místicas e religiosas (Gombrich, 1999).

Na Idade Média o corpo serviu, mais uma vez, como instrumento de consolidação das relações sociais. A característica essencialmente agrária da sociedade feudal, justificava o poder da presença corporal sobre a vida cotidiana, características físicas como altura, cor de pele e peso corporal, associadas ao vínculo que o indivíduo mantinha com a terra eram determinantes na distribuição das funções sociais. Os homens eram submetidos a ordens rígidas e ao sistema de castas que impossibilitava qualquer tipo de ascensão social. O homem medieval era extremamente contido, seus impulsos individuais eram proibidos. A presença da instituição religiosa restringia qualquer manifestação mais criativa. A moral cristã tolhia qualquer tipo de prática corporal que visasse o culto ao corpo. A concepção dualística do homem foi retomada e reacendeu a visão do corpo corrupto e pecaminoso, considerada empecilho ao desenvolvimento da alma. Nas artes plásticas, como destacou Gombrich (1999), ficava evidente a projeção do corpo coberto, aparentemente exaurido de preocupações estéticas.

No entanto, o crescimento e aperfeiçoamento da produção agrícola e dos meios de transporte da sociedade feudal e o conseguinte acúmulo do excedente produzido geraram a necessidade de ampliação do comércio entre os feudos, dando origem a importantes feiras ou centros comerciais que mais tarde originaram as cidades medievais. Essas modificações provocadas pelo acréscimo da produtividade agrícola aliado à expansão comercial, promoveram algumas das condições necessárias para o desenvolvimento e instalação da indústria moderna. Esse fenômeno somado a outras modificações sociais, segundo Duby (1992), marcou uma série de transformações que desembocaram no surgimento do sistema

capitalista, os costumes e tradições foram substituídos pelo mercado e pela busca de lucros monetários, sobretudo no que tange à determinação da divisão e execução das tarefas produtivas e da disponibilização das oportunidades de trabalho.

Na Renascença as ações humanas passaram a ser guiadas pelo método científico. O avanço técnico-científico produziu nos indivíduos do período moderno um apreço sobre o uso da razão científica como única forma de conhecimento. O corpo, agora sob um olhar cientificista, serviu de objeto de estudos e experiências. A disciplina e o controle corporais eram preceitos básicos. Todas as atividades físicas eram prescritas por um sistema de regras rígidas, visando à saúde corpórea (Herold Junior, 1997).

A obtenção do corpo sadio circundava a dominação do indivíduo: a prática física domava a vontade, contribuindo para tornar o praticante subserviente ao Estado. O dualismo corpo–alma norteava a concepção corporal do período, demonstrando a influência das concepções da antiguidade clássica. Gallo (2000) explicita que segundo Descartes o homem constituía-se de duas substâncias: uma pensante, a alma, razão de sua existência e a outra material, o corpo, visto como algo completamente distinto da alma.

A forma de produção do sistema capitalista, a partir do século XVII, causou uma mudança drástica nas relações trabalhistas. O trabalho assumiu o valor de mercadoria, perdendo a importância qualitativa, se preconizava a quantidade. Essa relação se mostrou ainda mais óbvia, com o início da revolução industrial: a divisão técnica do trabalho acabou por cancelar o vínculo afetivo entre operário e produto. A força muscular do trabalhador, sua energia e resistência passaram a ser objeto de exploração capitalista, reduzindo o trabalho a simples ação fisiológica, desprovida de criatividade (Gonçalves, 1994).

Na lógica de produção capitalista o corpo mostrou-se tanto oprimido, quanto manipulável. Era percebido como uma máquina de acúmulo de capital. Deste modo, os

movimentos corporais passaram a ser regidos por uma nova forma de poder: o poder disciplinar. Esta manifestação de poder se instalou nas principais instituições sociais. Os homens e seus corpos eram vistos apenas na perspectiva do ganho econômico. O poder disciplinar, ao mesmo tempo em que promovia a utilização máxima da força de trabalho, domesticava e impossibilitava a resistência política-social do trabalhador.

Cabe lembrar que os iluministas (século XVIII) acabaram por acentuar a depreciação do corpo, dissociando-o da alma, retomando a dicotomia corpo-alma, arquitetada na antiguidade clássica. O pensamento iluminista negou a vivência sensorial corpórea, atribuindo ao corpo um plano inferior. As necessidades de manipulação e domínio do corpo, paralelamente, concorreram para a delimitação do homem como ser moldável e passível de exploração.

A expansão do capitalismo, no século XIX, propagou a forma de produção industrial em que a instrumentalização do corpo fazia-se necessária. A padronização dos gestos e movimentos instaurou-se nas manifestações corporais. As novas tecnologias de produção em massa desencadearam um processo de homogeneização de gestos e hábitos que se estendeu a outras esferas sociais, entre elas a educação do corpo, que passou a identificar-se não só com as técnicas mas também com os interesses da produção (Hobsbawm, 1996).

A evolução da sociedade industrial propiciou um elevado desenvolvimento técnico-científico. As novas possibilidades tecnológicas propiciaram à elite burguesa moderna, um incremento de técnicas e práticas sobre o corpo. O aumento da expectativa de vida, as novas formas de locomoção e comunicação expandiram as formas de interação e realização de atividades corporais. O acesso mais fácil à informação trouxe maiores possibilidades ao conhecimento. Contudo, a padronização dos conceitos de beleza, fundada no corpo magro ou musculoso e perfeito, ancorada pela necessidade de consumo criada pelas novas tecnologias e

homogeneizada pela lógica da produção, foi responsável por uma diminuição significativa na quantidade e na qualidade das vivências corporais do homem contemporâneo no que se refere a afetividade e sexualidade (Gonçalves, 1994).

No final do século XX e início do século XXI, a superexposição de modelos corporais nos meios de comunicação contribuiu, fundamentalmente, para a divulgação de uma ótica corpórea estereotipada e determinada pelas relações de mercado. A mídia contemporânea vincula somente corpos que se encaixam em um padrão estético “aceitável”, mediado pelos interesses da indústria de consumo. Modelos corporais são evidenciados como indicativo de beleza, em todos os formatos de mídia, num jogo de sedução e imagens. Trata-se de vincular à representação da beleza estética ideais de saúde, magreza, perfeição e “atitude”. Configurando-se como objeto de desejo um corpo jovem, bonito, com idéias de vencedor e rodeado pelo consumo. Esse conjunto de fatores acabou por construir socialmente um pareamento entre corpo perfeito e ideal e sucesso (Santos, 2005).

Nos meios publicitários, as considerações supracitadas se revelam explicitamente. Visivelmente, trabalha-se com o desejo alheio, desejo esse construído segundo os moldes do consumo. Deste modo, a propaganda apodera-se da subjetividade de cada indivíduo, incitando-o a recriar-se segundo o estilo de vida que ela propaga (Santos, 2005). A diversidade de produtos e seus respectivos padrões estéticos agregados, sempre seguem uma fórmula semelhante: a transformação ou a modificação da vida pela compra de alguma coisa, ou seja, a criação de uma nova identidade atrelada ao produto (Merengué, 2002).

A repercussão social desse simulacro ideal desencadeia vários distúrbios psicossociais que giram em torno de anseios mercadológicos. A necessidade humana de encaixar-se nesse padrão ou identidade estética ocasiona um aumento crescente no número de cirurgias plásticas, do uso de substâncias químicas relacionadas à beleza ou “boa” forma física (como

descrito na apresentação) e da quantidade de pessoas afligidas por comportamentos compulsivos, destacando-se a bulimia, a anorexia e o transtorno dismórfico corporal.

1. Transtorno Dismórfico Corporal: história, diagnóstico, prevalência, principais características e tratamento.

O transtorno dismórfico corporal é um novo nome para um velho transtorno. Segundo Warwick (1995) e Phillips & Kaye (2007), tem sido descrito na literatura europeia e japonesa por uma variedade de expressões, sendo a mais comum dismorfofobia, termo utilizado por Morselli pela primeira vez em 1886. Embora esse termo tenha sido usado de diferentes maneiras, é definido como um sentimento de feiúra ou defeito físico que o paciente percebe a despeito de sua aparência normal. O termo dismorfia é uma palavra grega que significa feiúra, especialmente na face. A primeira referência aparece na história de Herodotus, no mito da garota feia de Esparta, que era levada por sua enfermeira, todos os dias ao templo, para se livrar da sua falta de beleza e atrativos. Tem-se a classificação de Janet, em 1908, como obsessão com a vergonha do corpo, enfatizando a extrema vergonha dos indivíduos que se sentiam feios; de Kraepelin em 1909, como uma neurose compulsiva; de Jahrreiss, em 1930 (Stekel, 1950), como hipocondria da beleza, e de Stekel, em 1950, como um grupo peculiar de idéias obsessivas que as pessoas apresentam a respeito de seu próprio corpo.

Na literatura europeia do início do século passado, o transtorno dismórfico corporal era classificado como uma doença psicótica – a hipocondria monossintomática. Consideravam a dismorfofobia como uma variante da esquizofrenia (Bishop, 1980; Rinding & Munro, 1975). Phillips (1991, 2004) alinha vários argumentos contra esta visão. Em primeiro lugar, embora o TDC possa, algumas vezes, parecer atingir intensidade delirante, os

sintomas nucleares da esquizofrenia geralmente estão ausentes. Além disso, o conceito de que o TDC é uma variante da esquizofrenia foi enfraquecido por um uso indefinido e provavelmente amplo do termo esquizofrenia. Finalmente, a má resposta do TDC aos antipsicóticos fragiliza ainda mais a sua conexão com a esquizofrenia.

Embora sua presença seja clara na literatura europeia, a dismorfofobia não apresenta na CID – Classificação Internacional de Doenças (Organização Mundial de Saúde, 1993), uma categoria nosológica, estando incluída na categoria da hipocondria. Na classificação psiquiátrica americana, é encontrada primeiramente no DSM-III, *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders – Third Edition* (American Psychiatry Association, 1980), como um exemplo de transtorno somatoforme sem nenhum critério diagnóstico, vindo este apenas no DSM-III-R, *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders – Third Edition Revised* (American Psychiatry Association, 1987).

Sobre esta reclassificação do TDC no DSM III-R (American Psychiatry Association, 1987), Berrios e Kan (1996) realizaram uma análise conceitual e quantitativa selecionando 178 casos de pacientes com TDC de 300, coletados através de um levantamento histórico de 150 artigos em sete idiomas. O objetivo do estudo foi verificar se a reclassificação sugerida pelo DSM-III-R (American Psychiatry Association, 1987) havia mudado a abordagem clínica do transtorno. Para isso os autores criaram dois grupos de pacientes: pré DSM-III-R (G1) e pós DSM-III-R (G2). Os resultados encontrados apontaram que G1 era um grupo mais heterogêneo e que os pacientes do G2 respondiam melhor aos tratamentos psicoterápicos. Além disso, foram encontradas no G1 diferenças entre pacientes que apresentavam delírio dos que não apresentavam delírio, o que justifica a subsequente subdivisão entre transtorno dismórfico corporal e transtorno delirante (subtipo somático).

Isto quer dizer que um único critério é o responsável pela diferença entre o transtorno dismórfico corporal e o transtorno delirante – subtipo somático: determinar se os pensamentos sobre o “defeito” na aparência representam uma ideação supervalorizada ou uma idéia delirante. No caso da primeira hipótese ser verdadeira o diagnóstico seria de TDC, no segundo caso tem-se um paciente com transtorno delirante (Hay, 1983).

Entretanto, de acordo com Hollander e cols. (1992), persiste a dúvida se isto reflete a presença de dois transtornos diferentes ou de duas variantes do mesmo transtorno. Estes autores optaram, claramente, pelo modelo das duas variantes. Sugeriram que o transtorno dismórfico do corpo está em um contínuo de certeza, havendo assim um espectro fenomenológico: por um lado estariam os pacientes classificados como TDC e por outro aqueles atualmente tidos como transtorno delirante – subtipo somático ou psicose hipocondríaca. Os autores consideraram mais adequado subtipificar o TDC com delírio e sem delírio.

Segundo o DSM-IV, *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (American Psychiatry Association, 1994), o transtorno dismórfico corporal é caracterizado pela preocupação com um imaginado defeito na aparência. Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva. A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo.

A revisão mais recente do DSM é designada DSM-IV-TRTM (quarta edição com texto revisado) e foi publicada em 2000 pela American Psychiatry Association. De acordo com sua introdução, com a decisão de ampliar o intervalo entre as edições para pelo menos 12 anos, os textos descritivos que acompanham os critérios diagnósticos corriam o risco de se tornar muito desatualizados. Estes textos, considerados ferramentas importantes de ensino, haviam

sido elaborados para o DSM-IV (American Psychiatry Association, 1994) a partir de bibliografia datando até 1992. Assim, a APA decidiu revisar o texto do manual e realizar nova revisão bibliográfica, com publicações a partir desta data. As mudanças efetuadas então restringem-se às seções do texto (p.ex., Características e Transtornos Associados, Prevalência), não sendo feitas quaisquer alterações substanciais nos conjuntos de critérios, nem contempladas quaisquer propostas de novos transtornos, novos subtipos ou mudanças de condição das categorias presentes nos apêndices do DSM-IV (American Psychiatry Association, 2000:26).

No DSM-IV-TRTM (American Psychiatry Association, 2000), poucas informações foram acrescentadas ao texto sobre o TDC. Nas características diagnósticas, foi incluída uma referência à musculatura como possível foco de preocupação dos pacientes, enquanto nas características associadas foram descritas, além daquelas do DSM-IV (American Psychiatry Association, 1994), exercícios excessivos (p.ex. musculação), dietas e trocas frequentes de roupas. No diagnóstico diferencial foi incluída a seguinte frase: “A prática excessiva de exercícios (p. ex., musculação) que pode ocorrer neste transtorno para corrigir uma falha percebida na aparência deve ser diferenciada dos exercícios saudáveis e do excesso de exercícios que pode ocorrer como parte de Transtorno da Alimentação” (American Psychiatry Association, 2000:490).

De acordo com o DSM-IV-TRTM (American Psychiatry Association, 2000) o *insight* dos pacientes com TDC é pobre e alguns indivíduos são delirantes. A prevalência é informada como desconhecida para a população geral e de 5 a 40% em pacientes com Transtornos Depressivos ou de Ansiedade. Em “contextos de dermatologia e cirurgia cosmética” as taxas relatadas são de 6 a 15%. No item referente ao curso, observa-se que o transtorno geralmente se inicia na adolescência, mas pode iniciar também durante a infância.

O DSM-IV-TRTM (American Psychiatry Association, 2000), desse modo, não apresenta grandes diferenças com relação a sua edição anterior, publicada seis anos antes. É interessante notar, no entanto, a inclusão da preocupação com os músculos, que foi objeto de estudo de Pope e colegas ao longo da década de 90. Estes autores chegaram a propor que esta preocupação fosse denominada Dismorfia Muscular e fosse classificada como um subtipo do TDC. A Dismorfia Muscular foi objeto de um livro, junto com o TDC, Transtornos Alimentares e uso abusivo de esteróides, publicado por Pope, Phillips e Olivardia no mesmo ano de publicação do DSM-IV-TRTM (American Psychiatry Association, 2000).

Preocupações culturais acerca da aparência física e da importância da apresentação física adequada podem influenciar ou ampliar preocupações acerca da imaginada deformidade física (Moriyama, 2003). Evidências preliminares sugerem que o transtorno dismórfico corporal seja diagnosticado com frequência aproximadamente igual em homens e mulheres, apesar de alguns autores acreditarem em uma prevalência mais elevada entre as mulheres, mesmo com os estudos clínicos mostrando proporções semelhantes entre os dois sexos (Jakubietz, Jakubietz, Kloss, Gruenert & Joerg, 2007; Warnick, 1995).

O período da primeira manifestação é, em geral, do início da adolescência até a idade de 20 anos, aproximadamente (DSM-IV-TRTM - American Psychiatry Association, 2000). De acordo com Phillips e Diaz (1997) e Jakubietz, Jakubietz, Kloss, Gruenert e Joerg (2007), de 60 a 70% dos casos ocorre antes dos 18 anos. Este fato se dá, pois as pessoas ficam mais sensíveis à sua aparência física devido às mudanças corporais e psicológicas próprias desta etapa da vida. Segundo Veale (2002), alguns adolescentes podem vir a apresentar os sintomas do TDC, pois ficam mais atentos a sua aparência e, por vezes, desenvolvem uma percepção cada vez mais acurada sobre imperfeições mínimas no corpo.

O TDC pode ter início durante a infância segundo Phillips (1999). Em um estudo no qual avaliou 33 crianças e adolescentes com TDC, Albertini e Phillips (1999) observaram muitas semelhanças do transtorno entre adultos, crianças e adolescentes: os sujeitos relataram preocupações nas mesmas áreas do corpo; os comportamentos associados eram parecidos; o grau de preocupação e a interferência no funcionamento social também ocorreram, além da alta porcentagem de delírio.

Segundo o DSM-IV-TRTM (American Psychiatry Association, 2000) o início do TDC pode ser gradual ou súbito, sendo seu curso razoavelmente contínuo, com poucos intervalos livres de sintomas, embora a intensidade dos sintomas possa aumentar e diminuir ao longo do tempo. Além disso, a parte do corpo na qual reside o foco da preocupação pode permanecer a mesma ou mudar. Embora existam poucos estudos sobre a prevalência desse transtorno, a literatura indica que parece ser mais comum do que se supunha (Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993; Rabinowitz, Neziroglu & Roberts, 2007; Savóia, 2000).

A prevalência de TDC na população geral ocorre em uma proporção de 0,7% a 2,2% segundo Dufresne e cols. (2001) e Jakubietz e cols. (2007), sendo que em clínicas de cirurgia plástica este número cresce para 6% a 15% (DSM-IV-TRTM - American Psychiatry Association, 2000). Isto ocorre, pois os indivíduos com Transtorno Dismórfico Corporal freqüentemente buscam e recebem tratamentos médicos gerais, dentários ou cirúrgicos com o objetivo de corrigir os seus defeitos imaginados. Em relação às queixas associadas ao TDC estas envolvem, em geral, falhas imaginárias ou leves na face ou na cabeça, como acne, cicatrizes, rugas, inchaço, assimetria ou pêlos faciais excessivos. Outras preocupações comuns incluem tamanho, forma ou algum outro aspecto do nariz, da boca, dos olhos, das pálpebras, das sobrancelhas, das orelhas, dos dentes, da mandíbula, do queixo, das bochechas ou da cabeça. Preocupações envolvendo a pele, a face e o nariz são as mais comuns (Phillips,

Menard, Pagano, Fay & Stout, 2006; Sarwer, Wadden, Pertschuk & Whitaker, 1998). Entretanto, qualquer outra parte do corpo pode ser o foco da preocupação – por exemplo, genitais, abdômen, nádegas, quadris e ombros (Bowe, Leyden, Crerand, Sarwer & Margolis, 2007). A preocupação pode se concentrar simultaneamente em diversas partes do corpo. Embora a queixa seja freqüentemente específica (Drummond, Pillay, Benson & Jones, 2008; Rosen, 1997), pode ser, por vezes, vaga, e alguns indivíduos evitam descrever os seus defeitos em detalhes podendo se referir à sua "feiúra" em geral (Buhlmann, Teachman, Gerbershagen, Kikul, & Rief, 2008; Marks & Mishan, 1988).

Preocupações sobre odores corporais desagradáveis são consideradas por alguns autores como queixas relacionadas ao TDC (Marks & Mishan, 1988; Phillips, Menard, Pagano, Fay & Stout, 2006; Rosen, 1997).

Como descrito, anteriormente, a preocupação com determinada parte do corpo pode se alterar ao longo do tempo. Existem pacientes que alteram seu foco de preocupação de determinados aspectos da aparência física para queixas sobre o tamanho ou forma do corpo no geral, o que caracterizaria um transtorno alimentar. Phillips (1991), Phillips e Dias (1997) e Phillips e Kaye (2007) afirmam que a comorbidade entre o TDC e os transtornos alimentares é muito comum.

Uma das características principais do indivíduo com TDC é a crença de que as pessoas irão perceber o defeito imaginário da forma como ele mesmo percebe e como consequência irão rejeitá-lo (Buhlmann, Teachman, Gerbershagen, Kikul, & Rief, 2008; Veale & cols., 1996). Desta forma, as preocupações são mais intensas em situações sociais já que a pessoa acredita que os outros irão vê-lo como feio ou repugnante por causa de seu suposto defeito (Buhlmann, Teachman, Gerbershagen, Kikul, & Rief, 2008; Castelló, Barros & Chinchilla, 1998).

Além das preocupações, os pacientes desenvolvem uma série de comportamentos que têm como função principal o alívio da ansiedade que sentem. Entre esses comportamentos encontram-se: tentar camuflar o defeito por meio de maquiagem, roupas especiais, mudanças nos movimentos corporais; fuga-esquiva de situações sociais; examinar o defeito constantemente no espelho ou em outras superfícies refletoras; passar freqüentemente as mãos sobre o defeito; comparar-se com outras pessoas em revistas, tv ou com aquelas que ele convive; picar a pele (*skin picking*); pedir a opinião de outras pessoas sobre o defeito imaginário. Muitos desses comportamentos podem durar horas e, por isso, vão sendo gradualmente elaborados podendo tornar-se rituais (Drummond, Pillay, Benson, & Jones, 2008; Petribú & Oliveira, 1999).

Pode existir uma variação das preocupações e pensamentos sobre o suposto defeito, tanto de um paciente para outro, como em um mesmo indivíduo. A variação ocorre quando as preocupações passam de obsessões para idéias supervalorizadas, podendo chegar ao delírio. Alguns pacientes com TDC reconhecem não possuir defeito algum, outros podem reconhecer suas preocupações como excessivas, mesmo que não estejam convencidos de que sua aparência seja normal (Phillips & Kaye, 2007; Rosen, 1997).

Pelo fato das preocupações e comportamentos do paciente com TDC ocuparem um grande tempo de sua vida, as suas atividades diárias ficam comprometidas e por conseqüência ele pode sofrer prejuízos na área pessoal, social e ocupacional. Segundo Veale (2002) e Phillips e Kaye (2007), a grande maioria dos pacientes com TDC são desempregados e divorciados, sendo que grande parcela dos indivíduos pode chegar ao extremo isolamento social.

De acordo com Phillips e Kaye (2007) os sintomas que não são específicos do TDC podem ser encontrados em diversos transtornos psiquiátricos, como na depressão (Cotterill,

1981; Hardy & Cotterill, 1982; Phillips, Didie & Menard, 2007), na psicose (Bychowski, 1943; Crisp, 1981; Phillips, 2004; Phillips, Menard, Pagano, Fay & Stout, 2006; Stekel, 1950), no transtorno obsessivo compulsivo (TOC) (Drummond, Pillay, Benson & Jones, 2008; Hollander & cols., 1989; Neziroglu & Tobias, 1993; Phillips & Kaye, 2007; Phillips & Stout, 2006), em transtornos de personalidade (Braddock, 1982; Jakubietz, Jakubietz, Kloss, Gruenert & Joerg, 2007), e na anorexia nervosa (Buhlmann, Teachman, Gerbershagen, Kikul, & Rief, 2008; Phillips & Kaye, 2007; Thomas, 1984).

Alguns achados empíricos sugerem uma relação entre o TDC e os transtornos de humor (Hardy & Cotterill, 1982; Phillips, 1991; Phillips & cols., 1993; Phillips, Didie & Menard, 2007; Phillips & Kaye, 2007). Phillips, Didie e Menard (2007) replicando o estudo de Phillips e cols. (1993) notaram que, dentre os 45 pacientes com TDC estudados, 85% tinham história de Depressão. Os episódios depressivos tendiam a ser mais longos e persistentes; 12 dos 25 pacientes com transtorno do humor relataram depressão maior crônica com duração média de 10 anos. Muitos pacientes atribuíram sua depressão e tentativas de suicídio ao TDC e, muitos notaram que os sintomas depressivos acompanhavam a melhora e piora dos sintomas dismórficos.

Entretanto, Phillips e Stout (2006) afirmam que diversos estudos têm demonstrado que há mais altas porcentagens de depressão em pacientes com TDC do que com os estudos anteriormente relatados. Essas pesquisas demonstraram que o TDC pode ser relativamente comum entre pacientes com depressão maior. Além disso, há dados de estudos que mostram o TDC associado a um início precoce da depressão crônica, pois pacientes com TDC têm o início da depressão maior mais cedo do que pacientes sem o transtorno dismórfico. Com base nestas informações os autores levantaram duas hipóteses: ou o TDC seria um sintoma da depressão ou a depressão é que seria um sintoma do TDC. As duas questões foram

descartadas. A primeira, pois há sintomas característicos do TDC tais como: preocupações obsessivas e comportamentos compulsivos que não são observados na depressão. Além disso, como já foi mencionado, os pacientes com TDC respondem aos inibidores da recaptação de serotonina mas não a outros antidepressivos. A segunda porque alguns pacientes atribuem a depressão aos sintomas do TDC e em outros casos porque a depressão precede o TDC.

Assim para Phillips, Didie e Menard (2007) existe uma relação complexa entre TDC e depressão e, portanto, a sugestão é de que o TDC seja visto como um spectrum dos transtornos afetivos, já que de acordo com essa visão, uma linha de anormalidade comum causa (ou no mínimo predispõe) tanto o TDC como a depressão.

Existem ainda, alguns autores que consideram o TDC relacionado à anorexia, e apontam aspectos em comum entre os dois transtornos (Buhlmann, Teachman, Gerbershagen, Kikul, & Rief, 2008; Figueira & cols., 1993). Em primeiro lugar são transtornos tipicamente encontrados na adolescência. Em segundo lugar, em ambos os casos os pacientes usualmente chegam ao sistema de saúde por meio de queixas físicas, enquanto negam o transtorno psicótico subjacente (Phillips & Kaye, 2007). Além disso, os dois transtornos apresentam alterações na imagem corporal; na anorexia os pacientes, caracteristicamente se percebem como mais gordos do que são, ao passo que, no TDC os pacientes tipicamente se queixam de um aspecto particular de sua aparência, tal como nariz, bochecha, boca, seios, etc; e que geralmente não possuem nenhum tipo de defeito. Na anorexia, a perda de peso ocorre e conseqüentemente a aparência observada não pode ser considerada normal. No TDC há o sentimento subjetivo de feiúra ou o paciente acredita que o defeito físico que imagina possuir, é notado pelos outros, embora a aparência esteja nos limites normais (Amaral, 2001). Frente a tais semelhanças, Thomas (1984) comenta de forma crítica, o fato da Anorexia ter recebido

um *status* separado de doença tanto no DSM-III (American Psychiatry Association, 1980) quanto na CID-9 (Organização Mundial de Saúde, 1976).

Estudos com amostras não-clínicas também corroboram uma relação entre distorção do esquema corporal ligada ao peso e níveis elevados de ansiedade social (temor à crítica). Haemmerlie e cols. (1988) estudaram a atração física percebida, o peso percebido e o peso real em 101 estudantes de Psicologia. Os resultados mostraram que a percepção de estar com peso em excesso correlacionou-se com escores de ansiedade social, mas o real excesso de peso não. Isto foi intrigante e sugere que indivíduos com elevada ansiedade social podem ter uma autopercepção negativa distorcida que envolve um aspecto limitado da própria aparência.

Segundo Buhlman, McNally, Wilhelm e Florin (2002) e Coles e cols. (2006), o TDC possui características associadas à fobia social (medo de avaliação negativa por parte de outras pessoas), e ao transtorno obsessivo-compulsivo - TOC (pensamentos intrusivos sobre a feiúra do defeito e comportamentos de checagem).

A relação entre TDC e fobia social tem recebido crescente respaldo de inúmeros autores com diversas fontes de evidências (Moryiama, 2003). Pierre Janet (1908) o criador do termo fobia social, já descrevia alterações dismórficas como fazendo parte do seu conceito de *phobies sociales* sugerindo que a última agrupa uma ampla variedade de medos mórbidos, que surgem dos contatos sociais, tais como um intenso medo de ruborizar na presença de outros, ou um persistente medo de deformidades físicas triviais ou imaginárias serem notadas.

Desde 1920 a literatura japonesa e coreana (Kasahara, 1987; Kirmayer, 1991; Liebowitz, 1989; Russel, 1989; Takahashi, 1989; Tseng & cols., 1992) mencionam um grupo de transtornos que se assemelham à fobia social (e de personalidade de evitação) do DSM-III-R (American Psychiatry Association, 1987). No Japão a dismorfofobia faz parte do quadro

clínico da fobia social e inclui: medo de ruborizar na presença de outros, de apresentar uma expressão facial dura, de tremer a cabeça, mãos, pés ou a voz, de suar enquanto olha os outros, de suas deformidades físicas serem notadas, de emitir odores corporais, de sua linha de visão se tornar incontrolável ou de emitir flatos na presença de outros (Coles & cols., 2006; Figueira & cols., 1993).

Issak Marks (Marks & Gelder, 1966), reintrodutor do termo fobia social no Ocidente, também definiu o paciente com dismorfofobia como fóbico social, já que seus comportamentos englobavam: evitação de situações sociais e medo de crítica e de comentários adversos sobre a aparência física.

Hollander e cols. (1992) e Coles e cols. (2006) observaram que tanto o TDC quanto a fobia social têm idades similares de início e são relacionadas ao medo de avaliação social negativa. Entretanto, Savóia (2000) chama a atenção para a diferenciação essencial entre o TDC e a fobia social: enquanto os pacientes com TDC estão mais preocupados em relação a como as outras pessoas irão perceber sua aparência e seu defeito imaginário, os pacientes com fobia social se preocupam mais com a avaliação que os outros farão do seu desempenho ou em serem inadequados em situações sociais.

Wilhem e cols. (1997), realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar a relação entre o TDC e os transtornos de ansiedade. Para tanto, selecionaram uma amostra de 165 pacientes e utilizaram a entrevista estrutural clínica para a coleta de dados. Os resultados mostraram que 80 pacientes tinham o diagnóstico de desordem do pânico, 40 de TOC, 25 de fobia social e 20 de ansiedade generalizada. Da amostra total 6,7% possuíam o diagnóstico de TDC, sendo que a maior porcentagem foi indicada em relação aos pacientes diagnosticados com fobia social (12%). Em todos esses casos o início da fobia social ocorreu antes nos pacientes com TDC. Tendo como base esses dados, os autores sugeriram que quando existe

uma tendência ao aparecimento precoce da fobia social, esta pode promover a emergência da auto-avaliação, que pode ter como consequência o desenvolvimento do TDC. Na pesquisa de Coles e cols. (2006) a fobia social precedeu o TDC na grande maioria dos pacientes do estudo, mais especificamente, em 16 pacientes dos 22 pesquisados.

Também existem argumentos que tornam o TDC um transtorno relacionado ao TOC, ou seja, o TDC não seria uma desordem separada, mas, uma forma de TOC (Neziroglu & Tobias, 1993; Petribú & Oliveira, 1999; Phillips & cols., 2007; Vitello & Leon, 1990).

Phillips (1991) cita Morselli, Kraepelin e Pierre Janet como autores que sugeriram uma relação entre esses dois transtornos. A autora destaca também a similaridade dos sintomas dismorfofóbicos com o pensamento obsessivo: são pensamentos persistentes, que trazem sofrimento, que são intrusivos e difíceis de ignorar ou suprimir. Alguns pacientes com transtorno dismórfico têm comportamentos compulsivos ritualísticos – tais como a freqüente checagem ao espelho – por meio do qual tentam reduzir sua ansiedade. Cerca de 73% dos pacientes da série de 30 com TDC relatada por Phillips e cols. (1993) apresentavam rituais de checagem ao espelho.

Para Amaral (2002), no TOC as obsessões são caracterizadas por pensamentos repetitivos inaceitáveis e as compulsões por respostas repetitivas mal-adaptativas que têm como objetivo a esquiva ou fuga dos pensamentos e das respostas fisiológicas associadas a tais pensamentos, mesmo que por um curto período de tempo. Já no TDC estes pensamentos são específicos, pois envolvem dúvidas sobre a aparência física e para que sejam evitados os pacientes desenvolvem rituais elaborados. Desta forma, tentando camuflar o seu defeito, uma pessoa poderá se olhar no espelho inúmeras vezes, até alcançar uma camuflagem que ela considere a mais eficaz para que seu defeito fique quase imperceptível. Entretanto, o que ocorre é que se checando novamente no espelho tornará a perceber que seu defeito ainda está

visível, e os pensamentos sobre a aparência física serão novamente recorrentes, fazendo com que o ciclo da camuflagem recomece, até que a pessoa consiga obter algum alívio. Grande parte do tempo desta pessoa é consumido durante o processo de checagem, conseqüentemente fazendo com que este comportamento substitua qualquer outro que seja apropriado e que tenha probabilidade de ser positivamente reforçado (Amaral, 2002).

Petribú e Oliveira (1999) consideraram o TDC como um *spectrum* do TOC pelo fato dos dois transtornos possuírem o mesmo curso clínico e comorbidades, histórias familiares parecidas, as mesmas anormalidades biológicas, respostas similares aos inibidores da recaptação da serotonina e, transitarem de uma síndrome a outra ao longo do tempo.

Em contrapartida o TDC parece ter pior evolução do que o TOC já que os pacientes apresentam mais transtornos de personalidade, depressão e fobia social, maior freqüência de tentativas de suicídio e grande prejuízo no funcionamento social e ocupacional (por exemplo, estes pacientes casam-se menos). Além disso, grande parte dos pacientes com TDC não faz uma crítica adequada em relação aos seus sintomas, como ocorre com os pacientes com TOC. Esses dados são corroborados pelos resultados encontrados em outras pesquisas como a de Albertini e Phillips (1999).

Saxena e cols. (2001), estudaram uma amostra de 107 pacientes (11 com TDC e 96 com TOC), os quais tinham o mesmo nível de idade, sexo, duração de tratamento e prevalência de comorbidade com a depressão maior. Esses pacientes foram tratados com terapia cognitiva, medicação e reabilitação psicossocial por seis semanas; sendo realizadas avaliações antes e após essas intervenções com o objetivo de comparar as características clínicas, severidade de sintomas e resposta ao tratamento. Os resultados mostraram que os pacientes responderam ao tratamento de forma similar, melhorando significativamente, mas nos pacientes com TDC havia maior severidade de sintomas depressivos e de ansiedade.

Em um estudo realizado por Nerizoglu e cols. (2001), foram comparados os níveis de idéias supervalorizadas de pacientes com TDC e TOC. Os dados mostraram uma maior intensidade de idéias supervalorizadas dos pacientes com TDC, o que caracterizaria esse transtorno com uma maior severidade de sintomas do que o TOC. Este resultado é corroborado por Phillips e cols. (2007), que encontraram maior intensidade e freqüência de pensamentos supervalorizados em pacientes com TDC em contraposição aos pacientes com TOC.

Petribú e Oliveira (1999) e Rabinowitz, Neziroglu e Roberts (2007) apresentam ainda a dismorfia muscular como um subtipo de TDC, que ocorreria em indivíduos com predisposição ao desenvolvimento do TOC. O paciente com dismorfia muscular tem a falsa idéia de que os músculos de seu corpo não estão suficientemente definidos e por isso se envolve em atividades compulsivas com o intuito de tornar seus músculos mais desenvolvidos. Os comportamentos compulsivos incluem: fazer exercícios físicos durante muitas horas por dia, cuidar de maneira especial da dieta e usar drogas esteróides anabolizantes. É interessante notar que a maioria desses pacientes é geralmente mais musculosa do que pessoas da população normal, e às vezes, mais do que fisiculturistas. Pode-se concluir que os estudos sobre o diagnóstico diferencial do TDC com relação a outros transtornos ainda apresentam pontos pouco esclarecidos e encontram-se apenas no início. Por isso, alguns autores enfatizam a necessidade dessas pesquisas para que sejam melhor explicadas as relações do TDC com outros distúrbios, a fim de melhor classificá-los (Sarwer & Crerand, 2008; Savóia, 2000).

Ao longo do tempo, os transtornos psiquiátricos sofreram inúmeras modificações em relação à sua classificação. Pessotti (1999) realizou um estudo histórico que teve como objetivo analisar as mudanças nas classificações dos transtornos mentais. O autor argumenta

que o conceito básico de loucura sofreu pouquíssimas mudanças, entretanto o número de espécies e subespécies atribuídas à loucura, ou aos transtornos mentais, variou e continua variando de um período a outro. Diversas propostas influenciaram a classificação dos transtornos mentais. Entre elas tem-se a etiologia dos transtornos, que vigorou até início do século XX, a qual era base para a crença de que a origem dos distúrbios mentais estava na patologia orgânica do cérebro (Martinelli, 1997). Posteriormente, Adolf Meyer, considerando os aspectos biológico, psicológico e social do indivíduo, propôs que o transtorno mental seria um conjunto de reações psicobiológicas a uma tensão ambiental (Martinelli, 1997).

Segundo Nathan (1994) pela dificuldade em se alcançar um consenso sobre qual abordagem teórica explicaria os transtornos mentais em sua totalidade, optou-se pela adoção de um sistema ateuórico para sua classificação, o que vem sendo realizado desde o DSM-II (American Psychiatry Association, 1968). Entretanto essa proposta também foi, e ainda é, bastante criticada, pois alguns teóricos acreditam que não é possível haver neutralidade no arranjo de informações em um sistema classificatório (Amaral, 1996; Martinelli, 1997).

Assim, devido às várias classificações dos transtornos mentais e suas fragilidades e dificuldades, Pessotti (1999) concluiu que a psicopatologia chegou a uma classificação principalmente administrativa, como é o caso do Manual Diagnóstico e Estatístico: Distúrbios Mentais – DSM, que como o próprio nome descreve, é um manual puramente estatístico. Desta forma, a importância de tais manuais está na facilitação da comunicação entre diversos profissionais da área da saúde, nas divulgações em pesquisas e catalogação hospitalar. Com a preocupação de comunicar-se claramente com a área médica, o estudo de construção da Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal para profissionais da área de saúde (Ramos, 2004) foi baseado nos critérios do DSM-IV-TRTM (American Psychiatry Association, 2000); entretanto, cada critério foi descrito em termos operacionais (Tabela 1).

Assim, o construto do TDC foi levantado a partir dos critérios do DSM–IV-TRTM, dos trabalhos e pesquisas na área do transtorno, principalmente estudos sobre construção de questionários e testes, e por meio das descrições operacionais.

Essa descrição foi extremamente útil para a construção da escala (que é discutida em detalhes no próximo capítulo), pois facilitou que os itens criados possuíssem todos os critérios necessários em relação aos parâmetros de construção de escalas e testes, como objetividade, clareza, precisão, relevância, entre outros (Pasquali, 1999).

Tabela 1 – Matriz de Conteúdo dos Critérios Diagnósticos do TDC.

Critérios	Itens relacionados
1. Preocupação com um imaginado defeito na aparência. Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfação com a aparência física. • Preocupação com alguma parte do corpo. • Não existência de defeito nesta parte do corpo. • Presença de um defeito mínimo na aparência. • Proporção entre o grau de preocupação (alta) e o defeito (quase imperceptível) • Pensamentos obsessivos sobre a parte do corpo. • Nível de conhecimento sobre a preocupação exagerada com a aparência (tem percepção de que sua preocupação é despropositada ou não a tem?). • Auto-avaliação negativa devido ao defeito na aparência. •
2. A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo.	<ul style="list-style-type: none"> • Camuflagem do defeito através de roupas e maquiagem. • Checagem freqüente do defeito em diversas superfícies refletoras (espelhos, vitrines, etc) e/ou sem a necessidade dessas superfícies refletoras olhando diretamente no defeito. • Esquiva de ambientes sociais / Prejuízos na vida social. • Esquiva de contatos físicos. • Esquiva de atividades físicas. • Prejuízos nas funções diárias (trabalho e/ou estudo e/ou família). • Realização de tratamentos cosméticos e/ou cirurgias plásticas para a correção do defeito.
3. Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia.	<ul style="list-style-type: none"> • A preocupação é restrita à aparência física. • As queixas não estão relacionadas com a forma e/ou tamanho do corpo (como na anorexia). • As queixas não estão relacionadas especificamente com a insatisfação com o gênero (Transtorno de identidade do gênero). • As obsessões e compulsões devem estar relacionadas ao defeito na aparência (checagem e camuflagem do defeito), e não a qualquer outro comportamento.

Os pacientes com TDC dificilmente procuram ajuda psicológica ou psiquiátrica, sendo mais comum a procura por clínicas de cirurgia plástica, dermatologia, entre outras relacionadas à estética (Sobanski & Schimidtz, 2000; Drummond, Pillay, Benson & Jones 2008; Sarwer & Crerand, 2008). Isto acontece porque esses pacientes acreditam que suas dificuldades têm como causa o defeito imaginário na aparência física e por isso a única maneira de obter melhora seria pela eliminação desse defeito. (Drummond, Pillay, Benson & Jones 2008; Figueira & cols., 1993). Além disso, os pacientes com TDC sentem vergonha de falar sobre suas preocupações e quando chegam a procurar os serviços psicológicos já desenvolveram muitos outros problemas, característicos de outras classificações psiquiátricas, como fobia social, TOC e depressão (Sarwer & Crerand, 2008; Veale, 2002).

Em contextos nos quais são executados procedimentos com fins cosméticos, o TDC é insuficientemente reconhecido (Buhlmann, Teachman, Gerbershagen, Kikul & Rief, 2008), e este tipo de tratamento médico pode piorar o transtorno, levando a uma intensificação ou a novas preocupações, que podem, por sua vez, levar a procedimentos mal-sucedidos adicionais, de modo que os indivíduos podem, por fim, ainda sentirem insatisfação. A literatura aponta a dificuldade ou inabilidade de cirurgiões plásticos em detectar o TDC em seus pacientes e virem a ser prejudicados (por processos e/ou agressões físicas por parte dos pacientes), pela realização de cirurgias desnecessárias (Buhlmann, Teachman, Gerbershagen, Kikul & Rief, 2008; Dufresne & cols., 2001; Rohrich, 2000). Dufresne & cols. (2001) corroboram as afirmações acima complementando que o paciente pode ainda sofrer depressão ou até cometer suicídio. Desta forma, essa população só é posteriormente encaminhada às clínicas e consultórios de psicólogos pela solicitação da família ou por um médico mais atento ao transtorno (Amaral, 2001).

Assim, o que acontece é que segundo Jakubietz, Jakubietz, Kloss e Gruenert (2007) aproximadamente 5% das pessoas que procuram a cirurgia plástica são portadores de TDC, e segundo eles, o tratamento correto seria o psicológico e não o cirúrgico. Rabinowitz, Neziroglu e Roberts (2007) corroboram a afirmativa de Jakubietz, Jakubietz, Kloss e Gruenert (2007) confirmando que as cirurgias plásticas e tratamentos estéticos não são eficazes nestes casos.

Phillips, McElroy, Keck, Pope e Hudson (1993) relataram que 73% de seus pacientes portadores de TDC (N=30) buscaram tratamento não-psiquiátrico, mas à maioria foi recusado, já que não havia defeito a corrigir. Entretanto, oito em 30 pacientes se submeteram a 25 cirurgias plásticas ou procedimentos odontológicos. Os autores demonstraram que nestes casos os pacientes pioraram.

Sarwer e cols. (1998) realizaram uma pesquisa que avaliou 100 pacientes do sexo feminino em relação à imagem corporal em uma clínica de cirurgia plástica. Os resultados mostraram que 7% dessa amostra receberam o diagnóstico de TDC.

Em um estudo sobre a prevalência do transtorno em 976 mulheres em Boston, Otto, Wilhelm, Cohen e Harlow (2001) encontraram 0,7% com o diagnóstico de transtorno dismórfico corporal. Vale ressaltar que a idade média da amostra selecionada (36 a 44 anos), não representa a população geral de mulheres com TDC, levando em consideração que a prevalência do transtorno se dá em mulheres jovens (16 a 25 anos).

Como pôde ser observado, ainda existem poucos estudos empíricos sobre o TDC e procedimentos médicos estéticos, como a cirurgia plástica, sugerindo que esses campos estão abertos à pesquisa (Dufresne, Phillips, Vittorio & Wilkel, 2001; Drummond, Pillay, Benson, & Jones, 2008; Neziroglu, Tobias & Moritz, 1995).

2. Instrumentos de medida e avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal

No que se refere à construção de instrumentos de diagnóstico para o Transtorno Dismórfico Corporal, tem-se escasso material. A maioria dos testes foi desenvolvida para a avaliação de transtornos cujos sintomas guardam alguma relação com os do TDC, como os transtornos alimentares, transtorno obsessivo compulsivo, entre outros, sendo que, os testes construídos com o objetivo de investigar o TDC o fazem na área psiquiátrica e de Psicologia.

Um dos primeiros instrumentos que continha alguns itens relacionados ao TDC foi desenvolvido por Cooper, Taylor, Cooper e Fairburn (1987), e foi denominado *Body Shape Questionnaire* (BSQ). Este instrumento constitui-se de 34 perguntas e objetiva avaliar o medo de ganhar peso, os sentimentos de auto-estima em relação à aparência, o desejo de perder peso e a insatisfação com o corpo. As respostas são dadas segundo uma escala Likert de seis pontos. O BSQ foi aplicado em 535 mulheres da população normal, tal como em 38 pacientes com diagnóstico de bulimia. Os resultados indicaram que o BSQ oferece dados importantes para a investigação sobre a insatisfação com o tamanho ou forma corporal no desenvolvimento, manutenção e tratamento da anorexia e bulimia. Entretanto, essa escala não avalia diversos aspectos do TDC, como por exemplo, os comportamentos de verificação e camuflagem da parte do corpo com a qual a pessoa se sente insatisfeita, seus pensamentos e obsessões, esquiva de eventos sociais, etc.

O MBSRQ, ou *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* foi desenvolvido por Brown, Cash e Mikulka (1990) e engloba 60 itens que avalia a atitude das pessoas em relação à sua imagem corporal ou aparência física. Esse teste possui 10 subescalas, sendo as mais importantes para a avaliação do TDC, a subescala *Body Areas Satisfaction* (BAS), que mensura a insatisfação do paciente com áreas específicas de sua aparência; a subescala

Appearance Evaluation que analisa os sentimentos sobre atratividade física e, a *Appearance Orientation* que avalia a tendência da pessoa em prestar atenção ou desenvolver o comportamento de arrumar-se ou esconder determinada parte do corpo de uma forma exagerada. Por isso o MBSRQ é sensível em discriminar qualquer aspecto da aparência e não somente a insatisfação com forma e o peso do corpo. Foram realizados estudos psicométricos desta escala, entretanto sua utilização foi indicada para a avaliação geral da imagem corporal podendo ser utilizada como ferramenta para os diagnósticos de TDC, transtornos alimentares (anorexia e bulimia) e obesidade mórbida.

Gardner (1991) desenvolveu o BDS (*Body Dissatisfaction Scale*) que possui nove itens que têm por objetivo avaliar a insatisfação com o tamanho ou forma de regiões particulares do corpo, através de afirmativas como: “Eu me sinto satisfeito(a) com a forma/tamanho de meu corpo”; “Eu acho meus pés muito grandes”, as quais o paciente tem que indicar se são verdadeiras ou não para ele. O crivo permite somar de 0 a 27 pontos e indica respectivamente a ausência de insatisfação com a forma ou tamanho do corpo e insatisfação extrema. O BDS mostrou satisfatória consistência interna (alfa= 0,92). Pelo fato de dar ênfase à análise da forma ou tamanho do corpo, o BDS não é recomendado como auxílio no diagnóstico do TDC, mas o é em especial na avaliação da bulimia e anorexia.

Neziroglu e Yaryura-Tobias (1993) construíram a OIS (*Overvalued Ideas Scale*) para medir a força da crença do paciente em seu suposto defeito, considerando-a como medida do *insight*, na qual os pacientes com TDC obtinham um escore elevado. Entretanto não foi realizado nenhum estudo psicométrico desta escala. Além disso, a escala é específica para mensuração do pensamento obsessivo sobre o defeito não englobando, portanto, outros comportamentos que fazem parte do diagnóstico do TDC tais como: checagem e camuflagem do defeito; esquiva de ambientes sociais, prejuízo na área pessoal e ocupacional.

Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson (1993) modificaram a Y-BOCBS - *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Goodman & cols., 1989), com o propósito de mensurar o TDC. Para tanto, propuseram a BDD-YBOCS - *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified by BDD*. Além de outras modificações, um quadro relativo aos “*pensamentos sobre o defeito do corpo*” foi inserido na escala, o que totalizou 12 questões. Este quadro engloba os pensamentos sobre o defeito e o esforço feito pelo indivíduo para controlá-los, mas se restringe a investigar a sintomatologia relacionada à obsessão e compulsão nos pacientes com TDC. Os pacientes com o transtorno que foram submetidos à psicoterapia tiveram sua pontuação diminuída na escala, entretanto nenhum estudo psicométrico do instrumento foi realizado. Pelo fato do instrumento ser extremamente rico na avaliação das obsessões e compulsões do paciente com TDC, ele foi selecionado para servir como referência para a construção da Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal – EA-TDC (Ramos, 2004).

Rosen e Reiter (1996) avaliaram os instrumentos existentes sobre imagem corporal construídos até o ano de 1996, e concluíram que nenhum deles englobava todas as características necessárias para o diagnóstico do TDC, sendo que em sua maioria eram utilizados para a avaliação e diagnóstico de transtornos alimentares. A partir desse levantamento, esses autores realizaram um estudo que objetivou a criação de um instrumento específico para o diagnóstico do TDC, denominado BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*). Para o desenvolvimento do instrumento BDDE foram realizados três estudos: a) Criação dos itens do questionário com base nos critérios do DSM-IV (American Psychiatry Association, 1994) e validade de construto, b) Estudo da consistência interna e, c) Estudo da validade de critério. O instrumento possui 34 questões relativas à preocupação com a aparência, auto-imagem negativa, consciência do transtorno, esquiva de atividades (na área

social, ocupacional), camuflagem e checagem do defeito e sintomas psicológicos. Este questionário possui consistência interna ($\alpha = 0,96$). É um instrumento que discrimina a população clínica da não clínica e corrobora o diagnóstico de TDC, realizado por psiquiatras através de entrevistas. Um aspecto importante do BDDE se relaciona ao fato deste diagnosticar o TDC excluindo as preocupações que poderiam ser melhor explicadas por outros transtornos (como a anorexia, por exemplo). Por essas razões o BDDE foi selecionado para compor a amostras de instrumentos de diagnóstico do TDC utilizados como referência para a construção da Escala de Avaliação do TDC – EA-TDC (Ramos, 2004).

Do estudo do BDDE originou-se também um instrumento de auto-relato para a avaliação do transtorno dismórfico corporal, o BDDE-SR (*Body Dysmorphic Disorder Examination – Self Report*). Este questionário possui três partes, sendo que a primeira versa sobre as partes do corpo que o indivíduo se queixa como estando insatisfeito e de como é exatamente esta insatisfação, a segunda parte engloba questões relacionadas à utilização de tratamentos estéticos e/ou cirurgias para a camuflagem ou correção do defeito e, a última são questões relacionadas aos pensamentos sobre o defeito, as compulsões, checagem, camuflagem, esquiva de eventos sociais, consciência do transtorno, entre outros. Por seu um instrumento de auto-relato, e por englobar os aspectos mais importantes o diagnóstico de TDC, foi selecionado como referência para a construção da Escala de Avaliação do TDC–EA-TDC (Ramos, 2004).

O BDD-DM (*Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module*) foi desenvolvido por Phillips (1994), e compreende seis questões correspondentes aos critérios do DSM-IV (American Psychiatry Association, 1994) para o TDC. Este módulo tem como objetivo auxiliar o entrevistador a realizar o diagnóstico de TDC, mas não disponibiliza uma

mensuração quantitativa da severidade dos sintomas. Além disso, este instrumento não passou por um estudo psicométrico.

Dufresne, Phillips, Vittorio e Wilkel (2001) realizaram uma pesquisa com o objetivo de desenvolver e validar um breve questionário de diagnóstico do TDC para a prática dermatológica, o *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version*. Para a construção deste questionário utilizaram como referência o *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ - Phillips, 1999)* desenvolvido originalmente para a área da Psiquiatria e Psicologia, com base nos critérios do DSM-IV (American Psychiatry Association, 1994), o qual mostrou alta sensibilidade em identificar os pacientes com este transtorno na prática psiquiátrica. Vale lembrar que o BDDQ é somente uma ferramenta que auxilia o diagnóstico do TDC, mas não é um instrumento de diagnóstico.

O BDDQ foi modificado em suas escalas, inicialmente Likert de cinco pontos para respostas sim / não. Entretanto duas questões se mantiveram com Likert de cinco pontos, pois medem a intensidade do sentimento de angústia em relação ao defeito imaginário e dos prejuízos na área social, ocupacional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A aplicação do instrumento para a análise da validade discriminativa foi realizada em 46 ex-pacientes de um hospital universitário, que haviam passado por uma cirurgia estética. Foi aplicado o questionário nestes pacientes e posteriormente um grupo de cirurgiões fez a avaliação (com base nos critérios do DSM-IV - American Psychiatry Association, 1994 - para o TDC) dos pacientes, sem o conhecimento prévio dos resultados dos pacientes. Os resultados mostraram 100% de sensibilidade do instrumento em identificar os pacientes com TDC. Entretanto, os autores apontaram algumas limitações do estudo: o pequeno número de participantes; e o fato desses pacientes terem se submetido a apenas uma cirurgia cosmética. Finalmente, os autores sugerem que pesquisas com um número maior de sujeitos e, em

diversas áreas relacionadas a tratamentos cosméticos sejam realizadas para que as propriedades psicométricas deste instrumento sejam confirmadas. Entretanto, este é o único instrumento de diagnóstico do TDC construído para a área médica, especialmente dermatologistas e cirurgiões plásticos e, por esse fator, foi selecionado para compor a amostra de instrumentos que serviram como referência para a construção da Escala de Avaliação do TDC – EA-TDC (Ramos, 2004).

Considerando que os portadores de TDC buscam usualmente, em primeiro lugar, profissionais ligados a procedimentos corretivos estéticos e só tardiamente psicólogos ou psiquiatras, Ramos (2004) desenvolveu uma Escala de Avaliação do TDC (EA-TDC) para profissionais da área da saúde. Seu objetivo foi o de contribuir para a identificação precoce deste transtorno e evitar procedimentos caros e desnecessários, que podem por em risco a saúde do portador do distúrbio e também causar problemas aos próprios profissionais, que têm os resultados de seus tratamentos questionados, pelas insatisfações permanentes destes pacientes.

Os itens da escala foram gerados tomando por base os quatro instrumentos de avaliação do TDC já existentes (BDD-YBOCS, BDDE, BDDE-SR e BDDQ-DV) e buscando contemplar os critérios diagnósticos do DSM-IV-TRTM (American Psychiatry Association, 2000). Neste sentido, os itens foram agrupados segundo as seguintes dimensões teóricas: 1. preocupação com um imaginado defeito na aparência. Se uma ligeira anomalia física está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva. 2. a preocupação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes de sua vida, 3. a preocupação não é melhor explicada por outros transtornos como a anorexia. Foram construídos 50 itens avaliados pela autora em relação à

pertinência, objetividade, clareza e relevância. Foram então descartados dez itens, o que resultou em uma escala com 40 itens.

Um estudo de avaliação das propriedades psicométricas da escala, contou com três amostras de participantes: G1 - com 15 pacientes de cirurgia plástica estética diagnosticados clinicamente como sendo portadores de TDC; G2 - incluiu 15 pacientes de cirurgia plástica estética sem o diagnóstico de TDC e G3 - composto por cinco profissionais da área de Psiquiatria (N=2) e Psicologia (N=3) que serviram como juízes para avaliar clinicamente o conteúdo dos itens. A pertinência dos 40 itens ao construto foi analisada de forma independente pelos membros de G3, sendo que cinco itens foram descartados por não atingirem concordância de no mínimo 80%. A escala com 35 itens foi aplicada nos participantes de G1 e G2. A validade de critério analisada pelo cálculo da prova *U de Mann-Whitney* mostrou que a escala é sensível para discriminar os indivíduos diagnosticados com TDC quando comparados a participantes sem diagnóstico do transtorno. A precisão de teste-reteste (20 dias) indicou alta correlação entre a primeira e a segunda aplicação, tanto no G1 ($r = 0,93$) como no G2 ($r = 0,95$).

Os resultados da aplicação da escala nos grupos 1 e 2 também foram submetidos à análise fatorial exploratória. A análise fatorial foi extraída por componentes principais e por meio da rotação Varimax, que é mais parcimoniosa. Nessa análise foram produzidos oito componentes com *eigenvalues* maiores que 1, explicando 90% da variância total. Como resultado dessas análises não foi descartado nenhum item, pois os 35 mostraram ser significativos para a mensuração do TDC. Foi proposta então, uma versão piloto da Escala de Avaliação do TDC – EA-TDC para a utilização por profissionais da área da saúde. O instrumento ficou composto por 35 itens medidos por respostas em escala Likert de quatro pontos (concordo plenamente, concordo, discordo, discordo plenamente) (Anexo A).

Entretanto a pesquisa apresentava algumas limitações, tais como: o limitado número de participantes; a aplicação inadequada da análise fatorial devido à amostra pequena (N=30) e o fato de ter poucos itens relacionados ao diagnóstico diferencial. Além disso, em relação aos itens no geral: não seria possível classificar os pacientes com TDC em relação à intensidade do transtorno pois a maioria dos itens descreviam comportamentos relacionados somente à insatisfação com alguma parte do corpo e não dava margem a outra escolha do sujeito. Considere, por exemplo, o item número 13. “Busco frequentemente a opinião de outras pessoas de que a(s) parte(s) do meu corpo da(s) qual(is) não gosto não é(são) tão anormal(is) ou defeituosa(s) quanto eu penso ser” (Anexo A). O sujeito pode assinalar um entre os quatro pontos da escala Likert: concordo plenamente, concordo, discordo ou discordo plenamente. Se o sujeito assinalar que discorda ou discorda plenamente não é possível saber se ele “não busca a opinião de outras pessoas” ou se ele discorda de possuir “uma parte do corpo tão anormal ou defeituosa” ou ainda se ele não concorda com o fato de que a “parte do corpo da qual não gosta não é tão anormal quanto ele pensa ser.” Por essa razão seria importante que os itens da escala fossem reformulados em itens com quatro alternativas de resposta cada que permitissem a classificação dos sintomas do transtorno, permitindo que o sujeito discordasse em alguns itens de possuir um problema na aparência.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo geral do presente trabalho foi o de revisar e realizar estudos psicométricos da Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal – EA-TDC para o uso de profissionais da área da saúde (Ramos, 2004).

Objetivos Específicos

- a) Refazer os itens do instrumento tornando-os itens com quatro alternativas de resposta cada.
- b) Ampliar o número de itens do instrumento em relação ao diagnóstico diferencial;
- c) Verificar a pertinência dos itens ao construto TDC por meio da análise de juízes;
- d) Submeter a Escala a um estudo de validade de construto;
- e) Realizar um estudo de validade de critério; e
- f) Avaliar a consistência interna.

MÉTODO

Participantes

A presente pesquisa contou com três grupos de amostras de participantes:

a. Grupo 1 (G1) – Caso.

Composto por 30 participantes indicados por cirurgiões plásticos, psicólogos, psiquiatras e dentistas que tiveram como função contatar os pacientes (atuais e passados) que provavelmente apresentavam o Transtorno Dismórfico Corporal, sendo: 70% mulheres, com idade média de 32,46 anos (DP = 10,62, mín. 18 e máx. de 54 anos), 36,5% tinham companheiro, 83,5% tinham ao menos ensino superior incompleto e renda mensal média de R\$1.678,33 (mín. R\$ 800,00 e máx. R\$5.500,00) como descrito na Tabela 2.

b. Grupo 2 (G2) – Não Caso.

Este grupo contou com 400 (quatrocentos) participantes, todos estudantes universitários de uma instituição particular de ensino superior (sendo 196 do curso de psicologia, 98 de engenharia, 106 de educação física), dos quais: 74,5% mulheres, com idade média de 26,5 anos (DP = 7,43, mín. 18 e máx. de 51 anos), 74,75% tinham companheiro e renda mensal média de R\$1.735,00 (mín. R\$500,00 e máx. R\$10.000,00) como descrito na Tabela 2. O número de participantes foi calculado a partir do critério da “razão itens/sujeito”, usualmente utilizado para o cálculo amostral quando são necessárias análises fatoriais. De acordo com este critério, para que se possa realizar uma análise fatorial confiável, é importante que a amostra seja de *pelo menos* dez vezes o número de itens da escala a ser

avaliada (Pasquali, 2001). Como foram elaborados 40 itens, o número mínimo de participantes foi de 400 estudantes.

Crêterios de Inclusão da Amostra do Grupo 1 (G1) e do Grupo 2 (G2):

Foram incluídos no rol de participantes:

- * Os alfabetizados, pois os instrumentos de pesquisa necessitavam ser lidos;
- * De ambos os sexos por se constatar na literatura que a prevalência do transtorno é equivalente em homens e mulheres;
- * Com idade a partir de 18 anos, pelo fato de ser indicada na literatura a maior incidência do transtorno nesta faixa etária; e
- * Que não fossem portadores de qualquer deficiência física (por exemplo: paralisia, indivíduo com um membro do corpo amputado, etc).
- * Especificamente para o Grupo 1: Que fossem portadores de TDC mas não fossem portadores de outras doenças relacionadas a distúrbios alimentares como anorexia ou bulimia ou de transtornos de g nero.
- * Especificamente para o Grupo 2: Que não fossem portadores de TDC.

As características sócio-demográficas dos participantes do Grupo 1-Caso e do Grupo 2-Não-Caso encontram-se descritas na Tabela 2. Para compara o das proporoes foi utilizado o Teste Qui-quadrado sendo que, o nível de significância adotado para se detectar a existência ou não de diferenças entre os grupos foi de 0,05.

Tabela 2. Características Sócio-Demográficas dos Participantes do Grupo 1-Caso (N=30) e do Grupo 2-Não-Caso (N=400) e valores do Teste Qui-quadrado intra e intergrupo para cada variável.

Variáveis /Grupos	G 1		G 2		Qui-quadrado intergrupo	Decisão intergrupo
	F	F%	F	F%		
Sexo						
Feminino	21	70	298	74,5	$X_o^2 = 0,107$	Não Rejeita Ho
Masculino	09	30	102	25,5		
<i>Qui-quadrado intragrupo (n_{gl}=1)</i>	$X_o^2 = 6,1$ Rejeita Ho		$X_o^2 = 96,04$ Rejeita Ho			
Idade						
18 a 30 anos	14	46,5	316	79	$X_o^2 = 17,33$	Rejeita Ho
31 a 40 anos	09	30	54	13,5		
41 a 50 anos	04	13,5	19	4,75		
Acima de 50 anos	03	10	11	2,75		
<i>Qui-quadrado intragrupo (n_{gl}=3)</i>	$X_o^2 = 10,26$ Rejeita Ho		$X_o^2 = 632,54$ Rejeita Ho			
Grau de escolaridade						
Ensino Fundamental	02	6,5	--	--	$X_o^2 = 74,73$	Rejeita Ho
Ensino Médio	03	10	--	--		
Ensino Superior Incompleto	22	73,5	391	97,75		
Ensino Superior Completo	02	6,5	05	1,25		
Pós-graduação	01	3,5	04	1		
<i>Qui-quadrado intragrupo (n_{gl}=4)</i>	$X_o^2 = 11,1$ Rejeita Ho		Cálculo inviável			
Condição de Relacionamento						
Com companheiro (a)	11	36,5	299	74,75	$X_o^2 = 18,26$	Rejeita Ho
Sem companheiro (a)	19	63,5	101	25,25		
<i>Qui-quadrado intragrupo (n_{gl}=1)</i>	$X_o^2 = 2,14$ Não rejeita Ho		$X_o^2 = 98$ Rejeita Ho			
Renda Familiar						
De R\$ 500,00 a R\$ 800,00	--	--	08	02	$X_o^2 = 13,58$	Rejeita Ho
De R\$ 801,00 a R\$ 1.100,00	09	30	192	48		
De R\$ 1.101,00 a R\$ 2.000,00	16	53,5	93	23,25		
Acima de R\$ 2.001,00	05	16,5	107	26,75		
<i>Qui-quadrado intragrupo (n_{gl}=3)</i>	$X_o^2 = 17,10$ Rejeita Ho		$X_o^2 = 256,26$ Rejeita Ho			
Total de participantes	30	100%	400	100%		

Os dados da Tabela 2 sugerem que os dois grupos, apesar de muito distintos quanto ao tamanho, são comparáveis quanto ao sexo (predomínio de mulheres); apresentam maioria

de pessoas entre 18 e 30 anos; com escolaridade superior incompleta. Eles se diferenciam quanto à proporção de participantes com companheiros (menor no G1) e em relação à faixa de renda, ligeiramente mais alta no G1. Isto, provavelmente se deve ao fato dos participantes do G2 serem estudantes universitários, ainda dependentes dos pais.

A Tabela 3 mostra a distribuição de queixas em relação a partes do corpo ou ainda as partes do corpo que o participante já submeteu a cirurgia plástica. É importante ressaltar que os participantes do Grupo 2 que responderam a esta questão foram aqueles que já se submeteram a cirurgia plástica estética (N=27, denominados aqui de subgrupo G2).

Tabela 3. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do subgrupo do Grupo 2 (Não-Caso) em relação à distribuição de queixas em relação a partes do corpo ou ainda as partes do corpo que o participante já submeteu a cirurgia plástica.

Variável /Grupos	G 1		Subgrupo G 2		Qui- quadrado intergrupo	Decisão intergrupo
	F	F%	F	F%		
QUEIXA / CIRURGIA Parte exposta	19	63,5	07	29	$X_o^2 = 6,57$	Rejeita Ho
PLÁSTICA						
ESTÉTICA Parte encoberta	11	36,5	20	71		
<i>Qui-quadrado intragrupo (n_{gl}=1)</i>		$X_o^2 = 2,14$		$X_o^2 = 7,41$		
		Não rejeita Ho		Rejeita Ho		
Total de participantes	30	100%	27	100%		

*partes expostas: partes do corpo que não podem ser escondidas por meio de camuflagem como roupas especiais: nariz, face, orelhas, mãos, pescoço, etc.

**partes encobertas: partes do corpo que podem ser escondidas por meio de camuflagem como roupas especiais: ombros, pernas, barriga, seios, glúteos, etc.

No que diz respeito à queixa apresentada pelo G1 tem-se que 63,5% se relaciona a partes do corpo expostas a outras pessoas, como a cabeça, a face, especificamente o nariz, as orelhas, ou ainda as mãos, o pescoço; e 36,5% dos participantes possuem queixa em relação a partes do corpo que são encobertas ou podem ser escondidas por meio de camuflagem como maquiagens e roupas especiais, tais como os ombros, as pernas, os seios e a barriga. As

queixas mais frequentes no paciente com TDC envolvem a pele, a face e o nariz (Sarwer, Wadden, Pertschuk & Whitaker, 1998; Phillips, Menard, Pagano, Fay & Stout, 2007). No G2 observa-se a maioria dos participantes com queixas de partes encobertas do corpo (71%) e 29% possuem queixas de partes do corpo que ficam expostas. Os dados mostram ainda não haver diferença estatística significativa entre os dados do G1 mas sim do G2. Foram encontradas também, diferenças estatísticas significativas entre os dados do G1 e G2.

c. Grupo 3 (G3)

Este grupo foi composto por dez profissionais, sendo quatro da área de Psicologia (dois profissionais formados há 8 anos, um psicólogo com 10 anos e um com 25 anos de tempo de formação), dois de Psiquiatria (com 15 e 25 anos de tempo de formação), dois cirurgiões plásticos (com 13 e 31 anos de tempo de formação) e dois dentistas (com 14 e 18 anos de tempo de formação) que foram os Juizes que avaliaram o instrumento prévio em relação aos critérios de diagnóstico e as questões apresentadas no mesmo, antes da aplicação nos Grupos 1 e 2. Os psiquiatras e psicólogos são profissionais de um Instituto de Psiquiatria e Psicologia relacionado ao tratamento de transtornos mentais e, os dentistas e cirurgiões plásticos fazem parte de uma ONG (Organização Não-Governamental) que objetiva o tratamento, tanto funcional como estético, de pessoas com deformidades craniofaciais mas também realiza cirurgias plásticas estéticas em geral. Ambas as instituições estão localizadas em uma cidade do interior do estado de São Paulo. Esses profissionais são os mesmos que indicaram pacientes com TDC em uma das etapas desse estudo.

Material

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

Escala piloto de avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal (Anexo A)

Esta escala possui 35 afirmações com respostas em escala *Likert* de quatro pontos e versa sobre a preocupação do indivíduo com partes do corpo, comportamentos relacionados ao transtorno dismórfico corporal e diagnóstico diferencial.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o cirurgião plástico, dentista, psicólogo e psiquiatra (Anexo B)

Neste termo se encontram as informações relativas à participação dos cirurgiões plásticos, dentistas, psicólogos e psiquiatras na pesquisa, assim como, a garantia de sigilo sobre suas identificações.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Participante – G1 e G2 (Anexo C)

Neste termo estão as informações relativas à pesquisa que foram dadas aos participantes e as definições de sua participação. Nele também foram assegurados os princípios éticos de pesquisa com seres humanos.

Roteiro para conversar com os cirurgiões plásticos, dentistas, psicólogos e psiquiatras (Anexo D)

Este roteiro foi utilizado para orientar os cirurgiões plásticos, dentistas, psicólogos e psiquiatras sobre os comportamentos característicos do TDC, com o objetivo de que localizassem pacientes seus que, provavelmente, apresentavam estes comportamentos e os pacientes que provavelmente não possuíam o transtorno.

Roteiro para os cirurgiões plásticos, dentistas, psicólogos e psiquiatras contatarem os pacientes (Anexo E)

Este roteiro foi usado pelos cirurgiões plásticos, dentistas, psicólogos e psiquiatras para convidarem seus pacientes (antigos ou atuais), que provavelmente apresentassem os comportamentos típicos do TDC para participarem da pesquisa.

Roteiro para caracterização e entrevista dos participantes (Anexo F)

Este instrumento teve como objetivo levantar informações pessoais e sociais (idade, sexo, escolaridade, estado civil e renda familiar), e informações referentes a dados clínicos, no qual constaram também os indicadores de TDC de acordo com o DSM-IV-TR™ (American Psychiatry Association, 2000).

Ficha de análise dos juízes (Anexo G)

Esta ficha com base no conceito do TDC (DSM-IV-TR™ - American Psychiatry Association, 2000), foi entregue aos juízes com o objetivo de realizar a análise teórica de construto dos itens e apresentar possíveis contribuições para o instrumento de avaliação do TDC.

Carta de Autorização (Anexo H)

Carta de autorização solicitando a colaboração e autorização do Diretor da Instituição de Ensino Superior na qual foram coletados os dados junto aos alunos para o desenvolvimento da presente pesquisa.

Carta do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo I)

Carta do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Puc-Campinas) autorizando a coleta de dados da presente pesquisa.

Procedimento

Depois de apresentar o projeto de pesquisa, já qualificado, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Puc-Campinas e obtida a sua aprovação, o procedimento da pesquisa seguiu as seguintes etapas:

Etapa I – Reformulação e ampliação dos itens da Escala Piloto de Avaliação do TDC.

Os 35 itens da escala piloto foram reformulados em itens com quatro alternativas de respostas cada que permitissem a classificação da intensidade dos sintomas. Além dos critérios utilizados para a construção de itens descritos por Pasquali (2001), como objetividade, clareza, desejabilidade, etc foi utilizado como referência, o Inventário de Depressão de Aaron Beck (1998) pelo fato do mesmo possuir itens com quatro afirmativas cada, além de ser um instrumento de avaliação de sintomas como a escala da presente pesquisa.

A ampliação dos itens da escala de avaliação do TDC (cinco no total) deu-se em relação ao terceiro fator do DSM-IV-TRTM (American Psychiatry Association, 2000) que versa sobre o diagnóstico diferencial, distinguindo o TDC dos transtornos alimentares como anorexia e bulimia e dos transtornos de gênero. Os itens criados foram:

- 4 0 – Não tenho problemas com a forma como eu me alimento.
- 1 – Às vezes eu como mais do que deveria.
- 2 – Algumas vezes eu como quase que compulsivamente, mas sinto ter controle.
- 3 – Às vezes eu como compulsivamente, sem controle.

- 17 0 – Ganhar peso não é algo que me deixe preocupado(a).
1- Eu me preocupo com o fato de estar ganhando peso.
2- Quando ganho peso fico um tanto ansioso(a).
3- Quando ganho peso fico extremamente ansioso(a).
- 22 0 – Não tenho nenhum sentimento negativo quando me alimento.
1- Às vezes fico ansioso(a) quando como.
2- Quando tenho que comer me sinto ansioso(a).
3- Fico muito ansioso(a) toda vez que preciso comer.
- 25 0 –Estou satisfeito com minha opção sexual.
1- Não me sinto satisfeito com minha opção sexual.
2 – Estou muito frustrado(a) com minha opção sexual e por isso não gosto de partes de meu corpo.
3 – A minha preocupação e frustração com minha aparência física e meu corpo estão diretamente relacionadas à minha opção sexual.
- 32 0 – Eu não sinto meu peso diferente do que ele representa.
1 – Eu me sinto magro(a).
2 – Acredito que sou magro(a) mas sinto-me gordo(a).
3 – Mesmo quando as pessoas dizem que sou magro(a) me sinto gordo(a).

Estes itens em conjunto com os da Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal (Ramos, 2004), constituíram o instrumento que foi alvo da presente pesquisa. Encontra-se abaixo, o número do item e que aspecto cada um deles tem o objetivo de avaliar:

1. Satisfação com a aparência física.
2. Realização de tratamentos cosméticos e estéticos.
3. Percepção de um defeito físico.
4. Comportamento de comer compulsivo.
5. Esquiva de atividade física.
6. Desempenho no trabalho e aparência física.
7. Pensamentos sobre o defeito.
8. Ansiedade produzida pelo olhar dos outros.
9. Comparação de si mesmo com outras pessoas em revista e tv
10. Incomodo por uma parte do corpo.
11. Auto-avaliação negativa devido ao defeito.
12. Ser tratado diferentemente por outros, devido ao defeito na aparência.

13. Perceber a anormalidade ou o exagero da preocupação com o defeito.
14. Busca de reafirmação sobre o defeito.
15. Esquiva de situações sociais.
16. Frequência de olhar no espelho.
17. Preocupação com ganho de peso.
18. Realização de cirurgia plástica estética.
19. Interferência social devido o defeito.
20. Preocupação com peso corporal.
21. Preocupação com o defeito em situações sociais.
22. Ansiedade por se alimentar.
23. Esquiva de contato sexual.
24. Tempo gasto com camuflagem.
25. Satisfação com opção sexual.
26. Esquiva de olhar o defeito.
27. Preocupação com a aparência física no geral.
28. Esquiva de contato físico como beijo e abraço.
29. Comparação da aparência física com outras pessoas ao redor.
30. Avaliação negativa por outros devido ao defeito.
31. Uso de camuflagem.
32. Sentimento sobre o peso corporal.
33. Alteração de postura corporal.
34. Vergonha sobre o defeito na aparência.
35. Perda de interesse em atividades diárias.
36. Esquiva de situações públicas, de sair de casa.

37. Repetição de atividades diárias.
38. Desempenho geral e o defeito na aparência.
39. Nível de atratividade física percebida.
40. Realização de dietas alimentares.

Etapa II – Acordo entre Juízes – Precisão

A análise dos juízes objetiva verificar a adequação dos itens propostos para a escala, ao construto transtorno dismórfico corporal. Os juízes foram descritos anteriormente no Grupo 3.

O procedimento de concordância entre juízes é realizado aplicando-se a fórmula de

Índice de Concordância entre observadores independentes:
$$IC = \frac{A}{A + D} \times 100$$

Onde:

IC – Índice de Concordância.

A – Acordos.

D – Desacordos.

Os profissionais receberam: 1. Um formulário com as instruções para a análise e os fatores da escala com as descrições operacionais em termos comportamentais do transtorno dismórfico corporal; 2. Uma tabela com os números dos itens da escala à esquerda e as categorias relacionadas acima. Os profissionais marcavam com um X a resposta que acreditaram que o item estava representando; 3. O instrumento propriamente dito. Foi solicitado aos juízes que marcassem somente uma categoria para cada item, conforme as instruções, evitando que houvesse uma possível dispersão.

Etapa III – Coleta de dados do Grupo Caso

Nesta etapa os cirurgiões plásticos, dentistas, psicólogos e psiquiatras deveriam indicar pacientes seus que pudessem apresentar o diagnóstico de TDC. Seguindo o roteiro para conversar com os cirurgiões plásticos (Anexo D), a pesquisadora procurou informá-los, individualmente, sobre os comportamentos do TDC. Então, pediu para que se recordassem de pacientes seus (atuais ou antigos) que provavelmente apresentassem os comportamentos do transtorno. Depois de assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) para participarem da pesquisa, estes profissionais foram orientados sobre como entrar em contato e convidar os pacientes a participarem (Roteiro para contatarmos os pacientes – Anexo E). Seguindo este roteiro, os profissionais convidaram os pacientes que confirmaram a manutenção dos problemas relacionados à aparência. Os profissionais foram orientados a não falar aos pacientes sobre a terminologia do TDC, para evitar que se sentissem estigmatizados e viessem a sofrer as consequências de um rótulo. Foram contatados 56 pacientes no total, sendo que 41 aceitaram participar e foram encaminhados para entrevista individual com a primeira autora. Desses, 30 participantes se encaixaram nos critérios do DSM-IV-TRTM (American Psychiatry Association, 2000) para o TDC.

No encontro com a pesquisadora, cada participante foi informado sobre a pesquisa e pôde tirar as suas dúvidas. A informação englobou os objetivos da pesquisa e a descrição do procedimento de aplicação dos instrumentos. Então o participante assinava o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C) que foi lido e explicado pela pesquisadora, autorizando sua participação na pesquisa. A coleta de dados foi realizada individualmente e teve como objetivo inicial selecionar aqueles que apresentavam o diagnóstico de TDC segundo os critérios do DSM-IV-TRTM (American Psychiatry Association, 2000), através da

entrevista de caracterização dos participantes (Anexo F). Posteriormente, era aplicada a Escala de Avaliação do TDC.

Etapa IV – Coleta de dados do Grupo Não Caso

Os estudantes foram testados coletivamente em sala de aula. Uma breve explicação foi dada sobre o objetivo do trabalho. Foi explicado que o sigilo dos resultados e o anonimato dos participantes seriam mantidos. A participação no estudo foi voluntária e não houve nenhum pagamento ou outras formas de indução para os participantes. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C) que foi lido e explicado pela pesquisadora, autorizando sua participação na pesquisa.

Dois exemplos foram dados com o objetivo de instruir os participantes sobre a utilização correta dos itens do instrumento. Os participantes leram e responderam as perguntas de caracterização e após esta coleta eles respondiam a escala propriamente dita.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente apresenta-se a distribuição dos participantes de cada um dos grupos amostrais quanto às respostas ao Roteiro de Entrevista dos Participantes (Anexo F). O roteiro possuía questões sobre a preocupação do indivíduo com alguma parte do corpo, se existia a preocupação, que parte do corpo a causava, a frequência dos pensamentos sobre a parte do corpo da qual não gostava e o sentimento de angústia como consequência desses pensamentos, se já havia se submetido a cirurgia plástica estética, quantas vezes e em que partes do corpo e, se havia ficado satisfeito(a) com os resultados da cirurgia plástica estética. Além disso, foi investigada a interferência no funcionamento social, ocupacional, familiar ou em outras funções diárias do indivíduo por consequência de sua preocupação com a aparência física e de que forma ocorria esta interferência. Julgou-se importante a avaliação destes tópicos para a seleção dos participantes do G1 e do G2. É importante ressaltar que não foi utilizada somente uma única variável para selecionar os componentes do G1 e do G2, como por exemplo a realização de mais de 3 cirurgias plásticas estéticas ou ainda a insatisfação com os resultados da cirurgia. Isto porque alguns dos participantes do G2 já haviam sido submetidos a pelo menos uma cirurgia plástica e a probabilidade de sentirem-se insatisfeitos com uma parte do corpo é alta, do contrário não teriam procurado esta estratégia. Entretanto, não é a insatisfação com determinada parte do corpo ou a busca por cirurgia plástica estética que diagnostica o indivíduo com TDC, mas a intensidade desta preocupação, a busca frequente por tratamentos estéticos, a permanente insatisfação com a aparência, o prejuízo na área social, ocupacional e familiar (Phillips & Kaye, 2007).

Efetivamente, os componentes do G1, além da insatisfação com alguma parte do corpo, apresentavam pensamentos sobre a parte do corpo durante o dia (Tabela 4). Além

disto, essa preocupação produzia prejuízos nas áreas social, ocupacional e familiar do indivíduo.

Tabela 4. Resultados da entrevista de caracterização dos participantes utilizados para compor o Grupo 1-Caso ($N=30$) e o Grupo 2-Não-Caso ($N=400$).

Questões /Grupos		G 1		G 2	
		F	F%	F	F%
Você se preocupa muito com alguma parte de seu corpo (se sente insatisfeito(a) e/ou acha feio(a))?	Sim	30	100	32	8
	Não	--	--	368	92
Total		30	100%	400	100%
Parte(s) do corpo que causa(m) preocupação.	Nariz	05	17	03	9
	Face	09	30	--	--
	Orelhas	01	3,5	07	22
	Pernas	02	6,5	--	--
	Queixo	02	6,5	--	--
	Seios	02	6,5	11	34,5
	Barriga	03	10	11	34,5
	Braços	02	6,5	--	--
	Glúteos	02	6,5	--	--
	Mãos	01	3,5	--	--
	Pés	01	3,5	--	--
Total		30	100%	32	100%
Sente angústia como consequência dos pensamentos sobre a parte do corpo da qual não gosta.	Sim	30	100	01	03
	Não	--	--	31	97
Total		30	100%	32	100%
Frequência diária dos pensamentos sobre a parte do corpo da qual não gosta (quantas vezes ao dia).	De 10 a 20 vezes	02	07	01	100
	De 21 a 30 vezes	05	16,5	--	--
	De 31 a 40 vezes	05	16,5	--	--
	Mais de 40 vezes	18	60	--	--
Total		30	100%	1	100%
Essa sua preocupação com a aparência tem interferido negativamente na escola, faculdade, trabalho ou em outras funções diárias?	Sim	29	97	--	--
	Não	01	03	32	100
Total		30	100%	32	100%
Especificação das funções as quais possui prejuízo no seu funcionamento.	Lazer	28	96,5		
	Trabalho	16	55		
	Família	12	41,5		
	Escola/ Faculdade	21	72,5		
Total		30	100%		

Forma com que ocorre a interferência no funcionamento social, familiar, ocupacional ou em outros campos da vida.	Choro muito por causa da minha aparência física.	29	100		
	Há muito tempo não tenho relação sexual por causa da preocupação (com a parte do corpo da qual não gosta).	26	89,5		
	Não consigo fazer amigos.	26	89,5		
	As pessoas não gostam de mim por causa disso (parte do corpo da qual não gosta).	22	76		
	Não participo de festas e/ou churrascos da empresa.	22	75,5		
	Meus amigos se afastaram de mim.	17	58,5		
	Tenho insônia porque fico pensando nisso (na parte do corpo da qual não gosta).	14	48,5		
	Tenho vontade de me matar.	13	44,5		
	Não consigo fazer exercícios físicos.	13	44,5		
	Não participo de festas e/ou churrascos da minha família e amigos.	11	38		
	Poderia me sair melhor na faculdade.	10	34,5		
	Não consigo fazer as coisas na minha casa.	08	27,5		
	Minha família me isola.	04	13,5		
Você já fez algum tipo de cirurgia plástica estética?	Sim	09	30	27	6,75
	Não	21	70	373	93,25
Total		30	100%	400	100%
Número de cirurgias plásticas estéticas realizadas	1 cirurgia	02	23	24	89
	De 2 a 5	05	55	03	11
	De 6 a 10	01	11	--	--
	De 11 a 15	--	--	--	--
	Acima de 15	01	11	--	--
Total		09	100%	27	100%
Parte do corpo submetida à cirurgia plástica estética.	Nariz	04	44,5	07	26
	Barriga	01	11	09	33
	Seios	01	11	11	41
	Orelhas	02	22,5	--	--
	Face	01	11	--	--
Total		30	100%	27	100%
Você se sentiu satisfeito(a) com o resultado da cirurgia ou tratamento estético?	Sim	01	11	27	100
	Não	08	89	--	--
Total		30	100%	27	100%

Os dados da Tabela 4 mostram que 100% dos participantes do Grupo1 – Caso possuem preocupação intensa com determinada parte do corpo. Em relação aos participantes do Grupo 2 – Não Caso tem-se 8% dos respondentes com preocupação intensa e 92%

relataram não possuir grande preocupação com partes do corpo. Além disso a grande maioria dos participantes do G1 se preocupa com a face (30%), enquanto os respondentes do G2 indicaram a barriga (34,5%) e os seios (34,5%) como parte causadora de preocupação. De acordo com Sarwer e cols. (1998) e Phillips e cols, (2006) as queixas mais comuns em indivíduos com TDC se referem a pele, face e nariz, dados que foram encontrados no Grupo Caso mas não no Grupo Não Caso, no qual as preocupações mais freqüentes se referem a barriga e aos seios. A análise intragrupo do G1 encontrou um X_o^2 de 20,12 rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 18,31$; n.g.l. = 10; n.sig = 0,05), mostrando que há diferença estatística significativa entre as categorias. Em relação a análise intragrupo do Grupo 2 e intergrupo, estes cálculos foram inviáveis.

Quando questionados sobre a existência de pensamentos sobre a parte do corpo da qual não gosta, a ponto de os angustiarem ou atormentarem, 100% dos participantes do Grupo 1 responderam afirmativamente a esta pergunta e 97% dos respondentes do Grupo 2 disseram não pensarem sobre o assunto e conseqüentemente não sentirem angústia em relação aos pensamentos. Este é um dado importante na seleção dos participantes para os dois grupos, pois discrimina, em parte, o quanto a preocupação com aparência física interfere na vida do indivíduo, o que geralmente acontece nos pacientes diagnosticados com TDC.

Em relação ao número de vezes por dia que ocorriam estes pensamentos sobre determinada parte do corpo a grande maioria dos participantes do G1–Caso (60%) responderam que os pensamentos ocorriam mais de 40 vezes ao dia. Por outro lado o único participante do G2 que afirmou possuir pensamentos sobre a parte do corpo da qual não gosta respondeu que esses pensamentos ocorriam de 10 a 20 vezes por dia. Além disso, nenhum participante do G2 respondeu que a preocupação com a aparência física causa interferência em suas atividades diárias. Entretanto 97% dos participantes do G1 disseram que esta

interferência ocorre. Segundo Phillips e cols. (2007) e Savóia (2000), os portadores de TDC geralmente esquivam-se de sair para lugares públicos como shoppings, bares, cinemas, clubes, supermercados, etc, por medo das avaliações negativas que acreditam que possam produzir sobre a sua aparência ou o “defeito”, o que acaba resultando em baixo repertório social e prejuízo no funcionamento social.

A área que possui o maior prejuízo no funcionamento da vida do indivíduo é a de lazer (96,5% de respostas), seguida da área escolar / faculdade (72,5%). Tem-se ainda uma porcentagem de 55% de respostas no campo de trabalho e de 41,5% na área familiar. Phillips & McElroy (2000) afirmam que a área que sofre maior prejuízo na vida do indivíduo com TDC é a área de lazer e que geralmente os pacientes se sentem menos desconfortáveis com a família e por isso, essa área fica sendo a menos prejudicada. Entretanto o cálculo da análise intragrupo mostrou um X_o^2 de 7,42 não rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 7,82$; n.g.l. = 3; n.sig = 0,05), mostrando que não há diferença estatística significativa entre as categorias.

Quando questionados de que forma as preocupações sobre a aparência física interferiam em suas vidas a grande maioria dos participantes respondeu que choram muito por causa da aparência física (100%), que há muito tempo não tem relação sexual por causa da preocupação (com a parte do corpo da qual não gosta) (89,5%) e também que não consegue fazer amigos (89,5%). Afirmar que as pessoas não gostam deles por causa do “defeito” na aparência física totalizou 76% seguido de 75,5% que dizem não participar de festas e/ou churrascos da empresa por causa da preocupação com a aparência física. Além dos sintomas relativos ao TDC os pacientes podem apresentar comportamentos que são característicos de outros transtornos, como fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo e depressão (Phillips, 1991; Torres & cols., 2005). Alguns autores afirmam que a depressão é o transtorno mais comumente associado ao TDC, sendo que os pacientes podem chegar a ter

pensamentos suicidas e pequena parte deles efetivamente tentar o suicídio (Phillips, 1991; Phillips & Dias, 1997; Phillips, 1999; Veale e cols., 1996; Dusfrene e cols., 2001; Sarwer & Crerand, 2008).

Interessante observar que apesar da preocupação com a aparência física, 70% dos participantes do G1 nunca chegaram a se submeter a cirurgias plásticas, diferentemente do encontrado em outros estudos, em que cerca de 35% e 73% das amostras já havia se submetido a algum tipo de cirurgia reparadora (Buhlmann, Teachman, Gerbershagen, Kikul, & Rief, 2008; Sarwer & Crerand, 2008). Embora não se tenha dados comparativos, o fato de apenas 30% dos participantes ter se submetido a alguma cirurgia reparadora é de certa forma surpreendente e provavelmente pode ser explicado por motivos econômicos que tornam proibitivos procedimentos dessa natureza a uma grande parcela da população brasileira. Especialmente, quando se trata de pessoas como as da amostra que tinham renda entre R\$1.000,00 e R\$2.000,00.

Apesar de eventuais restrições financeiras, deve ser observado que 30% de G1 haviam se submetido à pelo menos uma cirurgia, contrastando com G2, onde apenas 6,75% encontravam-se nesta situação. Sendo que desses últimos, 89% haviam realizado apenas uma cirurgia, contra 23% de G1 (Tabela 4). A maioria dos participantes do G 1 (44,5%) realizaram cirurgia plástica estética no nariz e do G2 (41%) nos seios. O cálculo da análise intragrupo do Grupo 1 mostrou um X_o^2 de 3,67 não rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 9,49$; n.g.l. = 4; n.sig = 0,05), mostrando que não há diferença estatística significativa entre as categorias.

Como já discutido na introdução do presente trabalho os pacientes com TDC dificilmente procuram ajuda psicológica ou psiquiátrica, sendo mais comum a busca por clínicas de cirurgia plástica e dermatologia (Sobanski & Schimidtz, 2000). Isto porque esses

pacientes acreditam que suas dificuldades têm como causa o defeito imaginário na aparência física e por isso a única maneira de obter melhora seria pela eliminação desse defeito. Entretanto, esse tipo de tratamento médico pode piorar o transtorno, levando à intensificação ou a novas preocupações e até mesmo à busca de mais cirurgias, de modo que os indivíduos podem, por fim, ainda sentirem insatisfação (Amaral, 2001), caso da paciente do Grupo 1 dessa pesquisa que realizou mais de 15 cirurgias no nariz. O cálculo da análise intragrupo do Grupo 1 mostrou um X_o^2 de 13,66 rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 7,82$; n.g.l. = 3; n.sig = 0,05), mostrando que há diferença estatística significativa entre as categorias.

Finalmente os dados mostram que 89% dos participantes do G1 não se sentiram satisfeitos com os resultados das cirurgias que realizaram contra 0% do G2. Esses dados reforçam os estudos de Phillips (1999) e Sarwer e Crerand (2008), nos quais os pacientes portadores de TDC se sentem insatisfeitos com os procedimentos cosméticos que realizam e isto inclui a cirurgia plástica estética, mostrando que o problema é psicológico e não físico.

Validade de Conteúdo

Após a reformulação dos itens da Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal (Ramos, 2004) em itens com quatro afirmativas de resposta cada e a ampliação dos itens referentes ao diagnóstico diferencial, a Escala passou pela avaliação de juízes para verificar a pertinência do item ao fator . A Tabela 5 apresenta na primeira coluna o fator teórico relacionado ao diagnóstico do TDC, na segunda coluna o grau de acordo (80% ou mais e menos que 80%), e na terceira os itens que obtiveram 80% ou mais ou ainda menos de 80% de concordância entre os juízes para aquele fator teórico.

Tabela 5. Grau de acordo entre juizes em relação a cada item por Fator.

Fator	Grau de Acordo	Conteúdo do Item
F1- Preocupação com um imaginado defeito na aparência. Ligeira anomalia física presente, e preocupação do indivíduo acentuadamente excessiva	≥ 80%	1 – relacionado com a satisfação com a aparência física.
		3 – relativo a percepção de um defeito físico.
		7 – relativo aos pensamentos sobre o defeito.
		10 – referente ao incomodo por uma parte do corpo.
		13 – relativo a percepção da anormalidade ou o exagero da preocupação com o defeito.
		27 – relacionado a preocupação com a aparência física no geral.
		34 – referente a vergonha sobre o defeito na aparência.
F2- A preocupação causa sofrimento e prejuízo significativo na vida do indivíduo	≥ 80%	2 – relacionado com a realização de tratamentos cosméticos e estéticos.
		5 – relativo a esquiva de atividade física.
		6 – referente ao desempenho no trabalho e a aparência física.
		9 – relativo a comparação de si mesmo com outras pessoas em revista e tv.
		11 – relacionado a auto-avaliação negativa devido ao defeito.
		12 – relacionado ao ser tratado diferentemente por outros, devido ao defeito na aparência.
		14 – referente a busca de reafirmação sobre o defeito.
		15 – relacionado com a esquiva de situações sociais.
		16 – relativo a frequência de olhar no espelho.
		18 – referente a realização de cirurgia plástica estética.
		19 – relativo a interferência social devido o defeito.
		21 – referente a preocupação com o defeito em situações sociais.
		23 – relacionado a esquiva de contato sexual.
		24 – referente ao tempo gasto com camuflagem.
		26 – referente a esquiva de olhar o defeito.
		29 – relativo a comparação da aparência física com outras pessoas ao redor.
		31 – relacionado ao uso de camuflagem.
33 – referente a alteração de postura corporal.		
35 – relativo a perda de interesse em atividades diárias.		
36 – referente a esquiva de situações públicas, de sair de casa.		
39 – referente ao nível de atratividade física percebida.		
F3- A preocupação é restrita a aparência física.	≥ 80%	4 – relacionado ao comportamento de comer compulsivo.
		17 – referente a preocupação com ganho de peso.
		22 – relativo a ansiedade por se alimentar.
		32 – relacionado ao sentimento sobre o peso corporal.
		37 – referente a repetição de atividades diárias.

		40 – relacionado a realização de dietas alimentares.
F2- A preocupação causa sofrimento e prejuízo significativo na vida do indivíduo	< 80%	8 - referente à ansiedade produzida pelo olhar dos outros.
		30 – relacionado a avaliação negativa por outros devido ao defeito.
		38 – referente ao desempenho geral e o defeito na aparência.
F3- A preocupação é restrita a aparência física.	< 80%	25 – que analisa a satisfação com opção sexual.
		20 – referente a preocupação com peso corporal.

Os itens: **8** - referente à ansiedade produzida pelo olhar dos outros; **20** – referente a preocupação com peso corporal; **25** – que analisa a satisfação com opção sexual; **30** – relacionado a avaliação negativa por outros devido ao defeito; e **38** – referente ao desempenho geral e o defeito na aparência, não obtiveram no mínimo 80% de concordância entre os cinco juízes.

Os itens com acordo de 100% no **Fator 1** (Preocupação com um imaginado defeito na aparência. Ligeira anomalia física presente, e preocupação do indivíduo acentuadamente excessiva) foram: **1** – relacionado com a satisfação com a aparência física; **7** – relativo aos pensamentos sobre o defeito; **10** – referente ao incomodo por uma parte do corpo; **13** – relativo a percepção da anormalidade ou o exagero da preocupação com o defeito; **27** – relacionado a preocupação com a aparência física no geral; e **34** – referente a vergonha sobre o defeito na aparência.

Muitos itens obtiveram 100% de acordo no **Fator 2** (A preocupação causa sofrimento e prejuízo significativo na vida do indivíduo). São eles: **2** – relacionado com a realização de tratamentos cosméticos e estéticos; **5** – relativo a esquivas de atividade física; **6** – referente ao desempenho no trabalho e a aparência física; **9** – relativo a comparação de si mesmo com outras pessoas em revista e tv; **11** – relacionado a auto-avaliação negativa devido ao defeito; **14** – referente a busca de reafirmação sobre o defeito; **15** – relacionado com a esquivas de

situações sociais; **16** – relativo a frequência de olhar no espelho; **18** – referente a realização de cirurgia plástica estética; **19** – relativo a interferência social devido o defeito; **23** – relacionado a esquiva de contato sexual; **24** – referente ao tempo gasto com camuflagem; **29** – relativo a comparação da aparência física com outras pessoas ao redor; **31**– relacionado ao uso de camuflagem; e **36** – referente a esquiva de situações públicas, de sair de casa.

Os itens com 100% de acordo no **Fator 3** (A preocupação é restrita a aparência física) incluíram: **4** – relacionado ao comportamento de comer compulsivo; **17** – referente a preocupação com ganho de peso; **22** – relativo a ansiedade por se alimentar; **32**– relacionado ao sentimento sobre o peso corporal; **37** – referente a repetição de atividades diárias; e **40** – relacionado a realização de dietas alimentares.

Tem-se ainda quatro itens que obtiveram 90% de concordância entre os juízes no **Fator 2**, são eles: **12** – relacionado ao ser tratado diferentemente por outros, devido ao defeito na aparência; **21** – referente a preocupação com o defeito em situações sociais; **28** – relativo a esquiva de contato físico como beijo e abraço; e **33** – referente a alteração de postura corporal.

Há ainda três itens com 80% de concordância entre os juízes para o **Fator 2**, são eles: **26** – referente a esquiva de olhar o defeito; **35** – relativo a perda de interesse em atividades diárias e; **39** – referente ao nível de atratividade física percebida. Mais um item obteve 80% de concordância para o **Fator 1**: **3** – relativo a percepção de um defeito físico.

Resumindo: tem-se cinco itens com índice abaixo de 80%; seis itens com 100% de concordância no **Fator 1**, 15 itens no **Fator 2** e, seis no **Fator 3**. Além disso, quatro itens obtiveram 90% de concordância, e três obtiveram 80% para o **Fator 2**. Finalmente um item obteve 80% de concordância entre os juízes para o **Fator 1**.

O Anexo K mostra a tabela de categorização dos itens da escala pelos dez juízes. Os cinco itens que não obtiveram pelo menos 80% de concordância entre os juízes (8, 20, 25, 30 e 38) foram descartados. Após a análise teórica dos itens, a escala foi aplicada nas amostras do Grupo 1 e Grupo 2. Os trinta e cinco itens restantes foram então submetidos à avaliação empírica, por meio da estimativa da validade de critério e validade de construto.

Validade de Construto

Para a estimativa da validade de construto, por meio da análise fatorial da EA-TDC, estimou-se inicialmente a fatorabilidade da escala por meio do KMO.

1. KMO – Medida de adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin

Este teste estatístico indica qual é o grau de suscetibilidade ou o ajuste dos dados à análise fatorial, isto é, qual é o nível de confiança que se pode esperar dos dados pelo método de análise fatorial (Hair & cols., 1998) e, apresenta valores normalizados (entre 0 e 1,0) mostrando qual é a proporção da variância que as variáveis (itens da escala) apresentam em comum ou a proporção desta que são devidas a fatores comuns.

Para a interpretação do resultado obtido, valores próximos de 1,0 indicam que o método de análise fatorial é perfeitamente adequado para o tratamento dos dados. Por outro lado, valores menores que 0,5, indicam a inadequação do método (Pereira, 2001).

No caso da presente pesquisa, o valor de KMO obtido foi de 0,82 o que mostra uma boa adequação de possibilidades de tratamento dos dados com o método citado.

1. Análise Fatorial Exploratória

A análise fatorial tem um papel fundamental para a determinação da dimensionalidade do teste, visto que investiga a possibilidade de uma série de itens ser reduzida a uma única variável denominada fator, com o qual todas as variáveis da série estão relacionadas (Cunha, 2002). Se isso ocorre, então os fatores são unidimensionais, ou seja, medem o mesmo conteúdo. A unidimensionalidade mostra o quão relacionados uns com os outros os itens estão, e se medem o mesmo construto. A relação de cada item com o fator se dá pela correlação ou covariância e é denominada de carga fatorial. A carga fatorial do item revela a porcentagem de correlação existente entre o item e o fator. Varia de 0% a 100% e quanto maior for a correlação, maior sua validade. Já itens com cargas fatoriais perto de 0 são itens que não avaliam adequadamente o construto, e vão contra a unidimensionalidade de um instrumento (Anastasi & Urbina, 2000; Pasquali, 2003).

Aplicando-se o método dos componentes principais aos itens da Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal (EA-TDC) foi possível verificar os auto-valores (cargas fatoriais ou eigenvalues) e suas respectivas porcentagens de explicação (Tabela 6). A análise fatorial utiliza a matriz de correlação entre os itens para derivar os fatores. Nota-se na Tabela 6 que o primeiro fator explica 8,697% da variabilidade total dos dados. Os dois primeiros fatores explicam 16,052% da variabilidade total e, assim, até que se atinja 100% de explicação até o 35º item. Observa-se ainda que os treze primeiros fatores explicam, conjuntamente, 21,239% da variabilidade total dos dados e apresentam auto-valores acima de 1,00.

Tabela 6. Explicação dos fatores de uma análise fatorial obtida a partir de uma análise de componentes principais.

Fator	Autovalor	Explicação (%)	Porcentagem de variância explicada (%)
1	3,044	8,697	8,697

2	2,574	7,355	16,052
3	2,135	6,100	22,152
4	1,890	5,401	27,553
5	1,561	4,461	32,014
6	1,539	4,398	36,411
7	1,425	4,071	40,482
8	1,351	3,860	44,342
9	1,285	3,673	48,015
10	1,165	3,328	51,343
11	1,130	3,229	54,572
12	1,083	3,093	57,665
13	1,057	3,020	60,685
14	0,993	2,837	63,522
15	0,966	2,761	66,283
16	0,924	2,640	68,924
17	0,891	2,546	71,470
18	0,844	2,412	73,882
19	0,835	2,386	76,268
20	0,818	2,337	78,605
21	0,796	2,275	80,880
22	0,744	2,125	83,005
23	0,700	1,999	85,004
24	0,650	1,856	86,860
25	0,645	1,843	88,703
26	0,616	1,759	90,461
27	0,590	1,685	92,146
28	0,532	1,521	93,667
29	0,515	1,472	95,139
30	0,477	1,361	96,501
31	0,405	1,156	97,657
32	0,359	1,025	98,681
33	0,251	0,716	99,398
34	0,179	0,511	99,908
35	0,032	0,092	100,000

O instrumento demonstrou ser fatorialmente mais complexo do que se esperava, já que apresentou 13 fatores com auto-valores acima de 1,00. Observa-se todavia que os três primeiros fatores destacam-se dos demais com auto-valores superiores a 2,0 (como mostra a Figura 1. *Scree Plot*). Verificou-se então as comunalidades dos itens para a solução com três fatores (Tabela 7). As comunalidades encontradas, a partir do método dos componentes principais, são índices que expressam o quanto o item é explicado pelos fatores, avaliando a

contribuição do item ao modelo da análise fatorial. Uma comunalidade baixa indica pouca contribuição do item. O ajuste da análise fatorial será cada vez melhor quanto mais próximo de um estiverem as comunalidades. Segundo as comunalidades, os itens melhor explicados pelos fatores são os itens 32 (com 78%) e 23 (com 72%), e o pior item é o item 4 (com 2%), destacados em negrito.

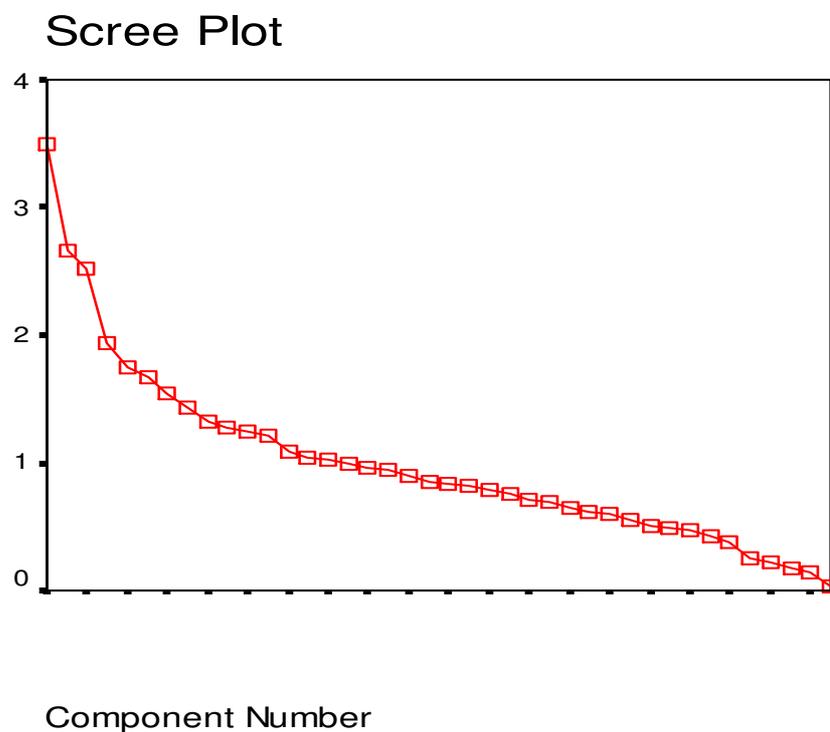


Figura 1. Gráfico dos 35 autovalores (*eigenvalues*).

Tabela 7 - Comunalidades referentes a uma solução com três fatores.

Item	Comunalidade
1	0,562
2	0,436
3	0,459
4	0,025
5	0,721
6	0,556
7	0,564
9	0,452
10	0,612
11	0,766
12	0,712
13	0,324
14	0,663
15	0,536
16	0,396
17	0,033
18	0,740
19	0,659
21	0,609
22	0,497
23	0,772
24	0,752
26	0,526
27	0,689
28	0,614
29	0,474
31	0,759
32	0,785
33	0,765
34	0,630
35	0,703
36	0,663
37	0,037
39	0,483
40	0,112

Uma informação de interesse numa análise fatorial é definir quais itens (variáveis) se agrupam em seus determinados fatores. Teoricamente este número corresponde ao total de itens que compõem o teste, porém para uma melhor composição do instrumento, é analisada

para cada item a carga fatorial deste no fator. Esta carga fatorial informa a covariância, ou correlação entre cada fator e as variáveis teóricas. Entretanto, na maioria das vezes, a solução apresentada pela análise fatorial não consegue definir de forma clara quais variáveis possuem maior correlação com determinado fator. Para tanto utiliza-se procedimentos de rotação dos fatores, os quais permitem obter fatores com maior potencial de interpretabilidade. Neste estudo foi utilizado o método de rotação *Varimax* com extração de três fatores (já que os três primeiros fatores destacaram-se dos demais com auto-valores superiores a 2,0), cujo agrupamento de itens é observado na Tabela 8 que apresenta o peso (carga) de cada um dos itens em cada fator. Os itens estão apresentados por fator, de acordo com sua maior carga fatorial. Foram consideradas como significativas para um fator as cargas fatoriais acima de 0,30 (Pasquali, 1999). Na Tabela 8 esses valores acima de 0,30 encontram-se em negrito.

Tabela 8 - Cargas fatoriais para solução com três fatores com rotação varimax.

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3
1	,749	,009	,108
2	,645	-,062	-,076
3	,665	-,093	-,038
4	,042	-,139	-,061
5	,837	,103	,095
6	,734	,126	,067
7	,731	,086	,162
9	,569	,001	,426
10	,733	,097	,299
11	,851	,128	,172
12	,819	,123	,170
13	,536	,168	,128
14	,801	,129	,033
15	,734	,087	-,027
16	,629	,069	-,038
17	,116	,164	-,004
18	,150	,827	-,194
19	,780	,212	,095
21	,748	,028	-,161
22	,004	-,178	-,717
23	<u>,830</u>	<u>,036</u>	<u>-,351</u>
24	,866	,070	-,036
26	,717	,133	-,126
27	,828	,054	,065
28	<u>,682</u>	<u>-,052</u>	<u>-,456</u>
29	<u>,572</u>	<u>,035</u>	<u>,448</u>
31	,861	,124	,002
32	,051	,864	-,147
33	,864	,143	-,038
34	,785	,081	,079
35	,818	,168	,097
36	,797	,138	,112
37	,003	,053	-,142
39	,697	,029	-,035
40	,114	,265	,184

Os itens 4, 17, 37 e 40 não apresentaram cargas fatoriais acima de 0,30 em nenhum dos fatores. Já os itens 23 (Esquiva de contato sexual), 28 (Esquiva de contato físico como beijo e abraço) e 29 (Comparação da aparência física com outras pessoas ao redor), foram considerados complexos pois estão associados a mais de um fator com carga superior a 0,30 (itens sublinhados na tabela), ainda que as cargas mais altas se encontrassem no fator 1 (item

23 = 0,83; item 28 = 0,68 e item 29 = 0,57). Como obtiveram 100% de concordância entre os juízes para um mesmo fator, demonstraram discriminar população clínica de não clínica na análise da validade de critério e são teoricamente relevantes para o diagnóstico do TDC, foram, todavia retidos. Todos os demais obtiveram carga fatorial acima de 0,53. Isto é com covariância acima de 28% com o fator ($0,53^2$), indicando que se tratam de itens com alta representatividade no fator (Pasquali, 1999).

O **Fator 1** agrupou portanto 25 itens: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 24, 26, 27, 31, 33, 34, 35, 36 e 39, responsáveis por 87% da variância total. Do ponto de vista teórico o Fator 1 agrupou itens que se referem às dimensões *“Preocupação com um imaginado defeito na aparência e caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva”* e *“A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo”*. Isto significa que, mesmo que teoricamente houvesse uma hipótese de que essas dimensões eram independentes, na prática a análise fatorial demonstrou que para os participantes não há diferença entre preocupação e sofrimento, ou que ambos vêm sempre juntos. Neste sentido, a própria preocupação excessiva do indivíduo com alguma parte do corpo já seria um sofrimento, como por exemplo, não ir a festas, não fazer amigos, camuflar a parte do corpo da qual não gosta, entre outros.

É interessante ressaltar que, alguns autores discutem que a preocupação excessiva com partes do corpo, assim como o sofrimento que o sujeito experencia e ainda, as tentativas de se esquivar de situações sociais e esconder o suposto defeito, são produtos da história de vida desse indivíduo e não podem ser analisadas como fatores independentes e/ou como variáveis de causa e efeito. Assim, dizer que a preocupação causa o sofrimento e as respostas de esquiva ou de camuflagem, não seria adequado nesta análise já que os mesmos já são

produtos e devem ser avaliados como um único conjunto ou classe de respostas (Amaral, 2001; Moriyama, 2003).

O **Fator 2**, que explica 3,5% da variância, ficou representado por dois itens, 18 e 32, que se relacionam, respectivamente, a duas dimensões teoricamente diferentes (“A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo” e “Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia” respectivamente), o que torna o fator não interpretável. O **Fator 3**, que explica 2% da variância, ficou representado por um item (22) que se refere a ansiedade por se alimentar (relativo a dimensão teórica: “Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia).

A Tabela 9 apresenta na primeira coluna a distribuição teórica dos 35 itens da Escala e, na segunda coluna, a distribuição dos 28 itens retidos com base nos resultados da análise fatorial. A presença de um fator dominante e a falta de justificativa teórica para os itens dos demais fatores, sugeriu a unidimensionalidade da escala.

Tabela 9. Distribuição dos itens com base nos indicadores teóricos do TDC (n=35), distribuição dos itens retidos (n=28) com base em Análise Fatorial Exploratória de Componentes Principais e Descrição teórica dos Fatores com base no DSM-IV-TRTM (2000).

Fatores	Distribuição Teórica dos itens (n=35)	Itens retidos (n=28)	Descrição teórica dos Fatores com base no DSM-IV-TR TM (2000)
1	1, 3, 7, 10, 13, 27 e 34.	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 24, 26, 27, 31, 33, 34, 35, 36 e 39.	Preocupação com um imaginado defeito na aparência e caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.
2	2, 5, 6, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 28, 29, 31, 33,	18 e 32.	A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento

	35, 36 e 39.		social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo.
3	4, 17, 22, 25, 32, 37 e 40.	22.	Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia.

Uma escala é dita unidimensional se ela expressa através dos números apenas uma dimensão subjacente, ou seja, mede apenas um traço latente. Já escalas multidimensionais implicam na existência de mais de um traço latente afetando as respostas dos sujeitos num dado conjunto de itens. Isto é, uma série de observações, expressas por números (escala), têm mais de um traço latente como causa. Como esta é a situação típica em Psicologia, as escalas multidimensionais constituíam o modelo a ser utilizado. No entanto, segundo Pasquali (1999), por serem extremamente complexas e utilizarem conceitos que são tipicamente ambíguos, são mais difíceis de tratar em pesquisa e menos utilizadas que as unidimensionais. Além disso, quando se diz que a escala é unidimensional, se quer dizer que ela está medindo predominantemente um único traço latente, sendo os demais considerados secundários, sendo que a variância que estes produzem nos itens fica inserida na variância específica de cada item (restando como variância comum aquela que os itens têm em conjunto e estando referida ao traço latente que a escala quer especificamente medir). Além disso, as escalas unidimensionais são mais parcimoniosas (Pasquali, 1999).

3. Prova U de Mann-Whitney - Validade de Critério.

Para avaliar se as duas amostras (G1 e G2) eram iguais em relação aos escores da Escala, aplicou-se a *Prova U de Mann-Whitney*. A Tabela 10 mostra a média dos postos e os valores de *U* e *p* comparando as respostas da aplicação da escala para o G1 e G2. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Tabela 10 - Resultados da *Prova U de Mann-Whitney* para o Grupo 1(n=30) e Grupo 2 (n=400).

Itens	Grupos	Média dos postos	<i>U</i>	<i>p</i>	Decisão
1	G1	407,33	245,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	201,11			
2	G1	394,78	621,50	0,000	Rejeita Ho
	G2	202,05			
3	G1	397,23	548,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	201,87			
4	G1	226,70	5.664,00	0,510	Não Rejeita Ho
	G2	214,66			
5	G1	412,25	97,50	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,74			
6	G1	408,32	215,50	0,000	Rejeita Ho
	G2	201,04			
7	G1	408,13	221,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	201,05			
9	G1	390,80	741,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	202,35			
10	G1	411,23	128,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,82			
11	G1	412,50	90,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,73			
12	G1	410,70	144,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,86			
13	G1	382,20	999,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	203,00			
14	G1	411,93	107,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,77			
15	G1	403,48	360,50	0,000	Rejeita Ho
	G2	201,40			
16	G1	395,77	592,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	201,98			
17	G1	295,03	3.614,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	209,54			
18	G1	261,50	4.620,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	212,05			
19	G1	410,57	148,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,87			
21	G1	405,67	295,00	0,002	Rejeita Ho
	G2	201,24			
22	G1	186,60	5.133,00	0,105	Não rejeita Ho
	G2	217,67			
23	G1	412,30	96,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,74			
24	G1	411,77	112,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,78			
26	G1	401,63	416,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	201,54			

27	G1	412,65	85,50	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,71			
28	G1	391,93	707,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	202,27			
29	G1	393,87	649,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	202,12			
31	G1	412,97	76,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,69			
32	G1	280,83	4.040,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	210,60			
33	G1	412,98	75,50	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,69			
34	G1	415,07	13,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,53			
35	G1	412,00	105,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,76			
36	G1	409,80	171,00	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,93			
37	G1	222,23	5.798,00	0,675	Não Rejeita Ho
	G2	215,00			
39	G1	409,25	187,50	0,000	Rejeita Ho
	G2	200,97			
40	G1	286,25	3.877,50	0,000	Rejeita Ho
	G2	210,19			

De acordo com os resultados da *Prova U de Mann-Whitney* a maioria dos itens permite diferenciar o G1 do G2, com exceção dos itens 4, 22 e 37 ($p > 0,05$). Interessante observar que o item 4 não apresentou carga suficiente em nenhum dos fatores, na análise fatorial realizada. Esses tinham sido desenvolvidos com o propósito de permitir o diagnóstico diferencial avaliando, respectivamente: comportamento de comer compulsivo, ansiedade por se alimentar e repetição de atividades diárias. Para controlar possíveis efeitos das variáveis, sexo, idade e escolaridade, 24 participantes de G1 foram, a seguir, pareados a 24 participantes de G2 e uma nova *Prova U de Mann-Whitney* foi realizada (Tabela 11). Os resultados reproduziram apenas parcialmente os anteriores indicando que os itens 4, 18, 22, 32 e 40 não discriminaram os dois grupos.

Tabela 11 - Resultados da *Prova U de Mann-Whitney* para o Sub-Grupo 1 (n=24) e Sub-Grupo 2 (n=24).

Itens	Grupos	Média dos postos	<i>U</i>	<i>p</i>	Decisão
1	G1	36,42	2	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,58			
2	G1	36,08	10	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,92			
3	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
4	G1	25,63	261	0,413	Não Rejeita Ho
	G2	23,38			
5	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
6	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
7	G1	36,33	4	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,67			
9	G1	35,04	35	0,000	Rejeita Ho
	G2	13,96			
10	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
11	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
12	G1	36,29	5	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,71			
13	G1	33,00	84	0,000	Rejeita Ho
	G2	16,00			
14	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
15	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
16	G1	36,00	12	0,000	Rejeita Ho
	G2	13,00			
17	G1	30,10	153,5	0,002	Rejeita Ho
	G2	18,90			
18	G1	25,06	274,5	0,649	Não Rejeita Ho
	G2	23,94			
19	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
21	G1	36,50	0	0,002	Rejeita Ho
	G2	12,50			
22	G1	26,50	240	0,125	Não rejeita Ho
	G2	22,50			
23	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			

24	G1	36,38	3	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,63			
26	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
27	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
28	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
29	G1	35,54	33	0,000	Rejeita Ho
	G2	13,46			
31	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
32	G1	26,88	231	0,169	Não Rejeita Ho
	G2	22,13			
33	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
34	G1	36,29	5	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,71			
35	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
36	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
37	G1	26,50	240	0,034	Rejeita Ho
	G2	22,50			
39	G1	36,50	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	12,50			
40	G1	24,02	276,5	0,699	Não Rejeita Ho
	G2	24,98			

Tomando em conjunto os resultados da análise de conteúdo, da validade de critério e validade de construto, propõe-se a redução dos 40 itens para apenas 28 (com a eliminação dos itens: 4, 8, 17, 18, 20, 22, 25, 30, 32, 37, 38 e 40). Esses reúnem em um só fator duas dimensões teóricas do TDC: a “*preocupação com um imaginado defeito na aparência e caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva*” e a “*preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo*”. Ou dito de forma mais sucinta, eles medem “*a preocupação excessiva e o sofrimento com um*

imaginado defeito e os prejuízos sobre o funcionamento em diferentes áreas da vida do indivíduo". Quanto à dimensão segundo a qual "essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia", deixou de ser representada nesta nova versão da escala.

Abaixo encontra-se o número dos itens que foram retidos e o aspecto que cada item tem o objetivo de avaliar¹:

1. Satisfação com a aparência física.
2. Realização de tratamentos cosméticos e estéticos.
3. Percepção de um defeito físico.
5. Esquiva de atividade física.
6. Desempenho no trabalho e aparência física.
7. Pensamentos sobre o defeito.
9. Comparação de si mesmo com outras pessoas em revista e tv
10. Incomodo por uma parte do corpo.
11. Auto-avaliação negativa devido ao defeito.
12. Ser tratado diferentemente por outros, devido ao defeito na aparência.
13. Perceber a anormalidade ou o exagero da preocupação com o defeito.
14. Busca de reafirmação sobre o defeito.
15. Esquiva de situações sociais.
16. Frequência de olhar no espelho.
19. Interferência social devido o defeito.
21. Preocupação com o defeito em situações sociais.
23. Esquiva de contato sexual.

¹ Para obter maiores informações sobre a escala propriamente dita (EA-TDC-28), consultar a autora por meio do e-mail: katiapramos@hotmail.com

- 24. Tempo gasto com camuflagem.
- 26. Esquiva de olhar o defeito.
- 27. Preocupação com a aparência física no geral.
- 28. Esquiva de contato físico como beijo e abraço.
- 29. Comparação da aparência física com outras pessoas ao redor.
- 31. Uso de camuflagem.
- 33. Alteração de postura corporal.
- 34. Vergonha sobre o defeito na aparência.
- 35. Perda de interesse em atividades diárias.
- 36. Esquiva de situações públicas, de sair de casa.
- 39. Nível de atratividade física percebida.

4. Análise da Consistência Interna

Por meio da análise do Coeficiente Alpha (α) de Cronbach, verifica-se a suposta medida real do construto estudado. Trabalha-se com a relação entre as covariâncias e variâncias internas das medidas. O valor obtido para o alpha pode variar de um (1) a zero (0), e, quanto mais próximo de um (1) maior a confiabilidade do instrumento. O valor de alpha com os 28 itens foi de 0,97.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seguindo os objetivos básicos desta pesquisa, procurou-se abordar as características e as qualidades psicométricas da Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal –EA-TDC (Ramos, 2004) para a utilização por profissionais da área da saúde. A EA-TDC foi projetada visando atender a necessidade de se avaliar o transtorno na área da saúde, principalmente nas áreas de cirurgia plástica, odontologia e dermatologia pois, como já citado anteriormente, a maioria dos pacientes com TDC encontram-se nos consultórios desses profissionais.

A versão original da escala, com 35 itens e três dimensões, passou por modificações que tiveram como objetivo permitir o diagnóstico diferencial em relação a outros transtornos que guardam relação com os sintomas do TDC (anorexia, bulimia e TOC) e também classificar a intensidade do transtorno. A versão modificada, com os 40 itens, foi então submetida à análise de construto, por meio da avaliação por juízes independentes, tendo-se obtido acordo em 35 itens. Estes foram submetidos a estudos de validade de critério e de construto, com amostras mais representativas do que a do estudo realizado com a versão original e os resultados sugeriram uma estrutura unidimensional, composta por 28 itens, com excelente consistência interna. A EA-TDC, assim constituída, permite a avaliação da intensidade do sintoma por meio de respostas Likert segundo a qual, 0 (zero) é indicativo de nenhum sintoma, 1 (um) indicativo de sintoma leve, 2 (dois) de sintoma médio e 3 (três) de sintoma severo. A avaliação deve ser feita pela somatória dos escores atribuídos a cada um dos itens, que podem, portanto variar desde 0 a 84. Sendo que quanto mais alto o escore, mais severos são os sintomas de TDC.

Com estas modificações a EA-TDC, que pode ser identificada como EA-TDC-28, apresenta-se portanto como um instrumento válido para avaliar a preocupação excessiva e o sofrimento com um defeito imaginado na aparência e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo. As qualidades psicométricas da Escala, sugeriram sua importância como instrumento clínico, pois é capaz de realizar uma triagem dos pacientes com o diagnóstico de TDC permitindo uma tomada de decisão sobre o paciente em apenas um encontro. É importante lembrar todavia que escalas não fazem diagnósticos, apenas fazem um rastreamento, funcionam como triagem e fornecem ao profissional dados objetivos do paciente. Nesse sentido, a EA-TDC-28 deve ser empregada em situações de triagem de pacientes atendidos por profissionais da saúde, na tomada de decisão sobre a necessidade ou não de encaminhamento para atendimento psicológico ou psiquiátrico. Por se tratar de instrumento de auto-relato, de rápida aplicação, permite que já na consulta inicial seja identificada a possibilidade de ocorrência do transtorno dismórfico corporal e a necessidade de uma avaliação mais completa por um profissional da área da Psicologia ou Psiquiatria.

Sugestões para futuras pesquisas incluem a utilização de um número maior de participantes com o diagnóstico de TDC, e estudos para definir o ponto de corte do instrumento. Não é possível deixar de mencionar que, uma das principais dificuldades deste estudo, relaciona-se ao acesso aos pacientes com TDC. Amostras maiores e formadas por extratos mais diversificados da população em termos de sexo, faixa etária, nível de escolaridade, comorbidades, entre outras variáveis, deverão permitir, entre outras coisas, a definição de pontos de corte do instrumento. É preciso ainda citar a necessidade de verificar se a EA-TDC-28 permite discriminar outros transtornos que guardam relação com o TDC, uma vez que os itens desenvolvidos com essa finalidade acabaram excluídos nessa versão. A

despeito dessas e de outras limitações do estudo, acredita-se que os resultados sejam relevantes para a continuidade de pesquisas que visam conhecer em mais detalhes as características do transtorno dismórfico corporal. Além do uso clínico, o instrumento poderá ser importante para fins de pesquisa na área da saúde, aumentando desta forma o número de instrumentos disponíveis para os pesquisadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albertini, R. S., & Phillips, K. A. (1999). 33 cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *Jornal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. 38(2), 453-459.
- Allen, A., & Hollander, E. (2000). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, (12)3, 199-220.
- Amaral, J. R. (1996). Recentes mudanças no diagnóstico e classificação em psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(8), 453-459.
- Amaral, V. L. A. R. (2001). Transtorno dismórfico: o corpo em delírio. *Anais do XI Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental* (pp. 35). Campinas: ABPMC.
- Amaral, V. L. A. R. (2002). "Espelho, espelho meu": a obsessão-compulsão no transtorno do corpo dismórfico. *Anais do XII Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental* (pp. 41). Londrina: ABPMC.
- American Psychology Association - APA (1954). *Technical recommendations for psychological tests and diagnostic techniques*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic statistic manual of mental disorders*, 3 ed., Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic statistic manual of mental disorders*, 3 ed. Revised, Washington: APA.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic statistic manual of mental disorders*, 4 ed., Washington: APA.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic statistic manual of mental disorders*, 4^aed. Revised, Washington: APA.

Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Aouizerate, B., Pujol, H., Grabot, D., Faytout, M., Suire, K., Braud, C., Auriacombe, M. Martin, D. Baudet, J., & Tignol, J. (2003). Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *European Psychiatry* 18(7), 365-368.

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio: Psychology Corporation.

Berrios, G. E., & Kan, C. (1996). A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(1), 1-7.

Bishop, E. R. (1980). Monosymptomatic hypochondriasis. *Psychosomatics*, 21(1), 731-747.

Bohne, A., Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersbach, T., & Jenike, M. A. (2002). Prevalence of Symptoms of Body Dysmorphic Disorder and Its Correlates: A Cross-Cultural Comparison, *Psychosomatics*, (43)6, 486-490.

Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Florin, I., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Research*, 109, 101-104.

- Bowe, D. Leyden, J., Crerand, C., Sarwer, D., & Margolis, D. (2007). Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 57(2), 222-230.
- Braddock, L. E. (1982). Dysmorphophobia in adolescence: A case report. *British Journal of Psychiatry*, 140(1), 199-201.
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R. B., Phillips, K. A., Morton, A., Czepowicz, V., Emmanuel, N., Villareal, G., Johnson, M., & Ballenger, J. C. (1995). Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: a comorbidity study. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1665-7.
- Brown, T. A., Cash, T. F. & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144.
- Brumberg, J. J. (2003). *The Body Project - An Intimate History of American Girls*. Disponível em www.revistaforum.com.br/revista_2, consultado em Dez/03.
- Buhlman, U., McNally, R. J., Wilhelm, S., & Florin, I. (2002). Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(3), 289-98.
- Buhlmann, U., Teachman, B. A., Gerbershagen, A., Kikul, J. & Rief, W. (2008). Implicit and Explicit Self-Esteem and Attractiveness Beliefs among Individuals with Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 213-225.
- Bychowski, G. (1943). Disorders of the body image in the clinical picture of the psychoses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 97(2), 310-334.

- Cansever, A., Uzun, O., Donmez, E., & Ozsahin, A. (2003). The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, *44*, 60-64.
- Castelló, J. R., Barros, J., & Chinchilla, A. (1998). Body dysmorphic disorder and aesthetic surgery: case report. *Aesthetic Plastic Surgery*, *22*(1), 329-331.
- Castilho, S. M. (2001). *A imagem corporal*. Santo André: ESEtec Editores Associados.
- Citti, M. L., & Haranaka, K. M. (1993). Distúrbio dismórfico do corpo: relato de um caso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *42*(3): 145-7.
- Coles, M. E., Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., Weisberg, R. B. & Stout, R. L. (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depression and Anxiety*, *23*(1), 26–33.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, *6*(4), 485-494.
- Cotterill, J. A. (1981). Dermatological non-disease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image. *British Journal of Psychiatry*, *132*(4), 568-570.
- Crisp, A. H. (1981). Dymorphophobia and the search for cosmetic surgery. *British Medical Journal*, *282*(3), 1099-1100.
- Cunha, J. (2002). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Deppe, L. (2000). História da Ciência: Breves Considerações. Disponível em: www.revistaforum.com.br/revista, consultado em Nov/00.

- Drummond, L. M., Pillay, A., Benson, S., & Jones, E. (2008). Community model in treating obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Psychiatric Bulletin*, 32, 336-340.
- Duby, G. (1992). *A Idade média na França*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Dufresne, F. G., Phillips, K. A., Vittorio, C. C., & Wilkel, C. S. (2001). A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatological Surgery*, 27(5), 457-462.
- Etcoff, N. (1999). *Survival of the prettiest: the science of beauty*. New York: Little Brown Book Group.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi F., & Aiazzi, C. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology* 32, 24-29.
- Figueira, I., Mendlowicz, M., Nardi, A. E., Marques, C., Saboya, E., Andrade, Y., & Versiani, M. (1993). O sofrimento da feiúra imaginária – transtorno dismórfico do corpo. Programa de Ansiedade e Depressão – UFRJ. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42(6), 303-312.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Mussi, T. C., Marques, C., & Versiani, M. (2002). The man with the purple nostrils: a case of rhinotrichotillomania secondary to body dysmorphic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 464-466.
- Frenette, M. (2004). A beleza e seus infelizes. Disponível em www.revistaforum.com.br/revista, consultado em Dez/04.
- Gallo, S. (2000). *Ética e cidadania: caminhos da Filosofia*. Campinas: Papyrus.

- Gardner, R. M. (1991). Body Dissatisfaction Scale. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 603–618.
- Glaser, D. A., & Kaminer, M. S. (2006). Body Dysmorphic Disorder and the Liposuction Patient. *Dermatologic Surgery*, 31(5), 559 – 561.
- Gombrich, E. H. (1999). *A história da arte*. Rio de Janeiro: LTC.
- Gonçalves, M. A. S. (1994). *Sentir, pensar, agir, corporeidade e educação*. Campinas: Papyrus.
- Grant J. E., Kim S. W., & Crow S. J (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, Jul 62(7), 517-22.
- Gunstad, J., & Phillips, K. A. (2003). *Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder*. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 270–276.
- Haemmerlie, F. M., Montgomery, R. L., & Melchers, J. (1988). Social support, perceptions of attractiveness, weight, and the CPI in socially anxious male and female. *Journal of Clinical Psychology*, 44(1), 435-441.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis*. 5th. Edition, New Jersey: Prentice Hall.
- Hardy, G. E., & Cotterill, J. A. (1982). A study of depression and obsessionality in dysmorphophobia and psoriatic patients. *British Journal of Psychiatry*, 140(1), 19-22.
- Hay, G. G. (1983). Paranoia and dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry*, 142(3), 309-310.

- Herold, C. J. (1997). Do corpo treinado pela necessidade à necessidade do treino: uma análise histórica do processo de construção da antiga sociedade grega. *Revista da Educação Física de Maringá*, vol. 8, 23-31.
- Hobsbawm, E. J. (1996). *A era do capital: 1848-1875*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Hollander, E., Liebowitz, M. R., Winchel, R., Klumer, A., & Klein, D. (1989). Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 768-770.
- Hollander, E., Neville, D., Frenkel, M., Josephson, S., & Liebowitz, M. R. (1992). Body dysmorphic disorder – diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 156-165.
- Jakubietz, M., Jakubietz, R. J., Kloss, D. F., & Gruenert, J. J. (2007). Body Dysmorphic Disorder: Diagnosis and Approach. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 119(6), 924-930.
- Janet, P. (1908). *Obsession de la honte du corps. Les Obsessions et la psychasténie*, 2^a ed. Paris: Alcan.
- Kasahara, Y. (1987). Social phobia in Japan and Korea. *Comprehensive Psychiatry*, 28(1), 32-39.
- Kirmayer, L. J. (1991). The place of culture in psychiatric nosology: Taijin-Kiôfusho and DSM-III-R. *Journal of nervous and mental disorders*, 179(1), 19-28.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials. *Psychosomatic Medicine*, 69, 881-888.
- Liebowitz, M. R. (1989). Cross culture issues in social phobia: a review for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 101(1), 68-74.

- Marks, I. M., & Gerder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123(2), 218-221.
- Marks, I., & Mirshan, J. (1988). Dymorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: a pilot study of exposure therapy. *British Journal of Psychiatry*, 152(4), 674-678.
- Martinelli, J. C. M. (1997). *Classificação diagnóstica na clínica comportamental: função e utilidade*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo.
- Merengué, D. (2002). A ordem e o mercado de prazeres. In H. T. Bruhns, & G. L. Gutierrez (Orgs.). *Enfoques contemporâneos do lúdico: III Ciclo de Debates, Lazer e Motricidade*. Campinas: Autores Associados.
- Moriyama, J. S. (2003). *Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da análise do comportamento*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da PUC-Campinas, pp.155 + xiv.
- Nathan, P. E. (1994). DSM-IV: Empirical accessible, not yet ideal. *Journal Clinical Psychologist*, 50(2), 17-22.
- Neziroglu, F. A., & Tobias, J. A. Y. (1993). Exposure, response prevention and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24(1), 431-438.
- Neziroglu, F. A., Tobias, J. A. Y., & Moritz, K. (1995). Transtorno do corpo dismórfico. In B. Rangé. *Psicoterapia comportamental-cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Editorial Psy.

- Neziroglu, F. A., Stevens, K. P., McKay, D., & Yaryura-Tobias, J. A. (2001). Predictive validity of the Overvalued Ideas Scale: Outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behavior Research and Therapy*, 39(1), 745-756.
- Nierenberg, A. A. (2002). Body dysmorphic disorder in outpatients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 69(1), 141–148.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID 10 – descrições clínicas e diagnósticas*. (Trad. D. Caetano). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Otto M. W., Wilhelm, S., Cohen, L. S., & Harlow, B. L. (2001) Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*. 158(12), 2061-2063.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM / IBAPP.
- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de exame psicológico: T.E.P manual*. vol.1. São Paulo: Casa do Psicólogo / Conselho Federal de Psicologia.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e educação*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Pereira, J. C. R. (2001). *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. 3ª ed. São Paulo: Edusp.
- Perugi G., Akiskal, H. S., Lattanzi, L., Cecconi, D., Mastrocinque, C., Patronelli, A., Vignoli, S., Bemi, E. (1998). The high prevalence of "soft" bipolar (II) features in atypical depression. *Comprehensive Psychiatry*, 39(2), 63-71.
- Pessoti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: ed. 34.

- Petribú, K. C. L., & Oliveira, J. R. (1999). Dismorfia muscular: Uma nova manifestação do transtorno obsessivo-compulsivo? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(10), 465-469.
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1138-1147.
- Phillips, K. A. (1999). Body dysmorphic disorder and depression: theoretical considerations and treatment strategies. *Psychiatric Quarterly*, 70(4), 313-331.
- Phillips, K. A. (2004). Psychosis in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 38(1), 63-72.
- Phillips, K. A., Albertini, R. S., & Ramussen, S. A. (2002). A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(4), 381-388.
- Phillips, K. A., Didie, E., & Menard, W. (2007). Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 97(3), 129-135.
- Phillips, K. A., & Diaz, S. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(9), 570-577.
- Phillips, K. A., Dufresne, R. G., Wilkel, C., & Vittorio, C. (2000). Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *Journal of American Academy of Dermatology*, 42(1), 436-441.
- Phillips, K. A., & Hollander, E. (2008). Treating body dysmorphic disorder with medication: Evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image* 5(1), 13-17.
- Phillips, K. A., & Kaye, W. H. (2007). The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 12(5), 347-58.

- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Hudson, J., & Pope, H. G. (1993). Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *Journal Clinical Psychiatric*, *56*(4), 41-50.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, *150*(2), 302-308.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1994). A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacological Bulletin*, *30*(2), 179-186.
- Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., & Stout, R. L. (2006). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness *Journal of Psychiatric Research*, *40*(2), 95-104.
- Phillips, K. A., Pinto, A., Menard, W., Eisen, J. L., Mancebo, M. & Rasmussen, S. A., (2007). Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depression and Anxiety*, *24*(6), 399-409.
- Phillips, K. A., & Stout, R. L. (2006). Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder with major depression, obsessive-compulsive disorder, and social *Journal of Psychiatric Research*, *40*(4), 360-369.
- Rabinowitz, D., Neziroglu, F., & Roberts, M. (2007). Clinical Application of a Behavioral Model for the Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *14*(2), 231-236.
- Ramos, K. P. (2004). *Transtorno Dismórfico Corporal: escala para profissionais da área da saúde*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da PUC-Campinas, pp.155 + xiv.

- Rinding, J. & Munro, A. (1975). Pimozide in the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 52(1), 23-30.
- Rohrich, R. J. (2000). The who, what, when and why of cosmetic surgery: Do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 106(7), 1605-1607.
- Rosen, J. C. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal. In: V.E. Caballo (dir.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp.406-437). Madrid: Siglio Veintiuno.
- Rosen, J. C., & Reiter, J. (1996). Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behavioral Research Therapy*, 34(9), 755-766.
- Russel, J. G. (1989). Anxiety disorders in Japan: A review of the japonsese literature. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 13(3), 391-403.
- Santos, P. L. dos (2005). O corpo desnudado: das imagens da mulher na ciência as imagens da mulher na publicidade. In S.C. Araújo e S.H. Zanirato, *Dimensões da Imagem: uma abordagem teórica e metodológica*. Maringá: Eduem.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Petschuk, M. J., & Whitaker, L. A. (1998). Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101(6), 1644-1649.
- Sarwer, D. B., Cash, T. F., Magee, L., & Williams, E. F. (2005). Female College Students and Cosmetic Surgery: An Investigation of Experiences, Attitudes, and Body dysmorphic disorder. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 115(3), 931-938.
- Sarwer, D. B., & Crerand, C. E. (2008). Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image* 5(1), 50-58.

- Savóia, M. G. (2000). Diagnóstico diferencial entre fobia social e transtorno dismórfico corporal. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(6), 316-318.
- Saxena, S., Winograd, A., Dunkin, J. J., Maidment, K., Rosen, R., Vapnik, T., Tarlow, G., & Bystritsky, A. (2001). A retrospective review of clinical characteristics and treatment response in body dysmorphic disorder versus obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(1), 67-72.
- Simeon, D., Hollander, E., Stein, D. J., Cohen, L., & Aronowitz, B. (1995). Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1207-1209.
- Sobanski, E., & Schimidtz, M. H. (2000). 'Everybody Looks at my public bone': A case report of an adolescent patient with body dysmorphic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 80-82.
- Stekel, W. (1950). *Compulsion and doubt* (vol 2). Londres: Peter Nevill.
- Takahashi, T. (1989). Social phobia syndrome in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1), 45-52.
- Thomas, C. S. (1984). Dymorphophobia: a question of definition. *British Journal of Psychiatry*, 150(2), 406-407.
- Torres, A. R., Ferrão, Y. A., Miguel, E. C. (2005). TDC: expressão alternativa do TOC? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 95-6.
- Tseng, W., Asai, M., Kitanishi, K., McLaughlin, D. G., & Kyomen, H. (1992). Diagnostic patterns of social phobia – comparison in Tokyo and Hawaii. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 180(3), 380-385.

- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boockok, A., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioral model and pilot randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, *34*(9), 717-729.
- Veale, D. (2002). Overvalued ideas: a conceptual analysis. *Behavior Research and Therapy*, *40*, 383-400.
- Veale, D., De Haro, L., & Lambrou, C. (2003). Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *British Journal of Plastic Surgery* *56*(6), 546-551.
- Vitiello, B. & Leon, J. (1990). Dismorphophobia misdiagnosed as obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics*, *31*(2), 220-222.
- Warwick, H. M. C. (1995). Transtornos somatoformes y facticios, In V. E. Caballo, C. G. Buella, & C. Carrobes (Orgs.), *Manual de Psicopatología y transtornos Psiquiátricos*. Siglo Ventiuno Editores de España.
- Wilhelm, S. R. L., Otto, M. W., Zucher, B. G., & Pollack, M. H. (1997). Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(5), 499-502.
- Wilhelm, S. R. L., O'Sullivan, K. A., Phillips, N. J. & Keuthen, N. (1999). Fatal Skin Picking From Delusional Body Dysmorphic Disorder Responsive to Fluvoxamine. *Psychosomatics*, *40*(1), 79 - 81.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: Recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, *39*(5), 265-270.

ANEXO A

Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal

Data de aplicação: _____

Iniciais do participante: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Instrução:

Por favor, para cada questão coloque um **X** no quadrado acima da resposta que melhor expresse o seu sentimento sobre o assunto.

1. Estou me sentindo muito insatisfeito(a) com a minha aparência física.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente

2. Realizei diversos tratamentos cosméticos / estéticos com o objetivo de melhorar a minha aparência física.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente

3. Tenho estado muito infeliz por causa de uma parte do meu corpo que considero defeituosa.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente

4. Não realizo atividades físicas e/ou esportes por causa do meu defeito na minha aparência física.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente

5. Não me sinto competente no meu trabalho por causa do defeito em minha aparência física.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

6. Penso freqüentemente na parte do corpo da qual não gosto.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

7. As pessoas freqüentemente olham para a parte de meu corpo da qual não gosto.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

8. Comparo a minha aparência física com a de outras pessoas em revistas e tv.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

9. Uma parte específica do meu corpo tem um defeito que me deixa muito angustiado(a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

10. Avalio-me negativamente devido à minha aparência física e à parte de meu corpo da qual não gosto.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

11. Eu acredito que as pessoas me tratam diferente por causa do meu defeito na aparência física.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

12. Eu acredito que a minha preocupação com determinada parte de meu corpo é exagerada.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

13. Busco freqüentemente a opinião de outras pessoas de que a(s) parte(s) do meu corpo da(s) qual(is) não gosto não é(são) tão anormal(is) ou defeituosa(s) quanto eu penso ser.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

14. Não participar de atividades sociais (como ir a festas, por exemplo) por causa do meu defeito em minha aparência física me deixa muito frustrado(a).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

15. Olho no espelho cinco ou mais vezes por dia para checar como está a parte do corpo da qual não gosto.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

16. Já realizei mais de duas cirurgias plásticas com objetivo de melhorar a minha aparência física.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1

Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

17. A minha preocupação com a aparência física tem interferido na minha vida social.

4 3 2 1
Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

18. Minha preocupação com a aparência física não se relaciona com a forma ou tamanho do meu corpo.

4 3 2 1
Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

19. Preocupo-me mais com a minha aparência física quando em situações sociais com colegas de trabalho, amigos, família, etc.

4 3 2 1
Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

20. Evito contato sexual por causa da parte de meu corpo da qual não gosto.

4 3 2 1
Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

21. Gasto grande parte de meu tempo me arrumando, me vestindo ou maquiando-me com o objetivo de cobrir ou disfarçar a parte do meu corpo da qual não gosto.

4 3 2 1
Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

22. Minha preocupação com a aparência física está relacionada à insatisfação com a minha sexualidade / opção sexual.

1 2 3 4
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

23. Evito olhar para o meu corpo, particularmente para a parte de minha aparência da qual não gosto.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

24. Eu me preocupo demasiadamente com uma parte de meu corpo.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

25. Evito contatos físicos próximos como abraços e beijos por causa da parte de meu corpo da qual não gosto.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

26. Comparo a minha aparência física com a de outras pessoas ao meu redor.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

27. Sempre que penso no meu defeito na aparência física sinto muita angústia.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

28. Realizei diversos tratamentos cosméticos / estéticos com o objetivo de corrigir o defeito em minha aparência física.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

29. Eu mudo a minha postura ou movimentos corporais (como por exemplo: a forma como eu sento, onde coloco as mãos, que lado eu exponho para outras pessoas, como eu ando, etc) para esconder o meu defeito na aparência.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

30. Uma parte específica do meu corpo me causa extrema preocupação.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

31. Não consigo fazer a maioria das coisas que preciso no meu dia a dia por causa do defeito na minha aparência física.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

32. Evito sair de casa por causa da(s) parte(s) de meu corpo da(s) qual(is) não gosto.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3	2	1
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

33. Costumo repetir constantemente algumas atividades do meu dia a dia, como por exemplo limpar a casa, arrumar armários ou objetos, checar se as portas ficaram bem fechadas, etc.

1 2 3 4
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente

34. Sinto muita raiva por ter um defeito na minha aparência física.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente

35. A minha preocupação com a aparência não está relacionada à preocupação com meu peso corporal.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente

Muito obrigada!
Psicóloga Kátia Perez Ramos

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o cirurgião plástico, dentista, psicólogo e psiquiatra.

Esta é uma pesquisa científica realizada pela psicóloga Kátia Perez Ramos, CRP: 06/63372-3, sob orientação da Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutora em Psicologia. A pesquisa tem como objetivo validar uma escala de avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal para a utilização por profissionais da área de saúde.

A sua participação consistirá em duas etapas. Na primeira você fará a análise dos itens da escala para um dos três fatores descritos no DSM-IV-TRTM (American Psychiatry Association, 2000) como critérios diagnósticos do TDC. Para cada fator do DSM-IV-TRTM (American Psychiatry Association, 2000) foi realizada uma descrição operacional em termos comportamentais que está apresentada na ficha de juízes que você receberá. A forma de preenchimento da ficha será explicada pela pesquisadora e suas dúvidas serão esclarecidas, antes de sua avaliação da escala. Esta análise tem como objetivo o estudo da validade de conteúdo da escala que será aplicada posteriormente na amostra de participantes desse estudo.

Em uma segunda etapa sua participação consistirá na busca de pacientes seus, atuais ou antigos, que tenham as características do TDC. Todas as características do transtorno serão explicadas inicialmente pela pesquisadora, que procurará esclarecer suas dúvidas, até que você se sinta seguro para tentar identificar estas características em pacientes, com quem já teve contato.

Depois de levantar os pacientes que provavelmente tenham o transtorno, você irá entrar em contato com cada um deles, informá-los sobre a pesquisa e convidá-los a participar. Para

a realização desse processo, você será orientado pela pesquisadora e seguirá um roteiro, que norteará sua fala. Depois que você passar os contatos dos pacientes que aceitarem participar da pesquisa para que seja marcado pela pesquisadora o primeiro encontro para a coleta de dados, sua participação será encerrada.

Outros profissionais participarão da pesquisa, mas todos terão seus dados omitidos, para impedir a identificação.

No final da pesquisa, você poderá obter o conhecimento dos resultados se assim o quiser.

A Escala, produto desta pesquisa, trará benefícios sociais no sentido de proteger ou promover a saúde da população, a partir de um diagnóstico mais preciso de um transtorno que vem crescendo a cada ano, possibilitando um tratamento mais adequado em termos psicológicos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (endereço: Rod. Dom Pedro I, Km: 136 – Pq. das Universidades – Campinas-SP; cep: 13086-900; tel: (0XX19) 3343-6777).

Finalizando, gostaria de agradecer desde já a sua participação, enfatizando sua importância para que os objetivos desta pesquisa sejam alcançados, e para o desenvolvimento da pesquisa científica em nosso país.

Por favor, preencha abaixo:

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____
(nome completo em letra de forma), portador(a) do RG _____,
declaro que fui informado(a) sobre a pesquisa e concordo em participar.

_____(Assinatura)

Campinas, ____ de _____ de 200__.

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Participante

Esta é uma pesquisa científica realizada pela psicóloga Kátia Perez Ramos, CRP: 06/63372-3, sob orientação da Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutora em Psicologia.

A pesquisa tem como objetivo investigar quais as insatisfações das pessoas com a aparência física para construir e validar uma escala para profissionais da área de saúde.

A sua participação consistirá em duas etapas. Na primeira etapa você irá responder a uma entrevista que objetiva colher informações sobre você e sobre sua preocupação com a aparência física. Em uma segunda etapa, você responderá a uma escala que levantará questões sobre a intensidade com que você se preocupa com sua aparência, a realização de procedimentos cirúrgicos, a frequência com que checa a sua aparência física etc.

De acordo com as diretrizes éticas da pesquisa científica venho informar o caráter sigiloso de sua participação neste trabalho. Os resultados obtidos nas entrevistas e escalas que você responderá serão utilizados somente para finalidade científica, não sendo estes divulgados para outras pessoas. Do mesmo modo, não constará seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo no trabalho final ou em qualquer outra publicação desta pesquisa.

A sua colaboração não trará nenhum desconforto ou possíveis riscos. A sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, então, você tem o direito de

interrompê-la a qualquer momento se assim o desejar, sem que isto cause qualquer dano a você.

Qualquer outra informação ou maiores esclarecimentos poderão ser fornecidos a qualquer momento pela pesquisadora responsável.

A Escala, produto desta pesquisa, trará benefícios sociais no sentido de proteger ou promover a saúde da população, a partir de um diagnóstico mais preciso de um transtorno que vem crescendo a cada ano, possibilitando um tratamento mais adequado em termos psicológicos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (endereço: Rod. Dom Pedro I, Km: 136 – Pq. das Universidades – Campinas-SP; cep: 13086-900; tel: (0XX19) 3343-6777).

Finalizando, gostaria de agradecer desde já a sua participação, enfatizando sua importância para que os objetivos desta pesquisa sejam alcançados, e contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa científica em nosso país.

Por favor, preencha abaixo:

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____
(nome completo em letra de forma), portador(a) do RG _____,
declaro que fui informado(a) sobre a pesquisa e concordo em participar. Admito ter a idade mínima de 18 anos.

_____(Assinatura)

Campinas, ____ de _____ de 200__.

ANEXO D

Roteiro para conversar com os cirurgiões plásticos, dentistas, psicólogos e psiquiatras

I – Informar os cirurgiões plásticos, dentistas, psicólogos e psiquiatras sobre o TDC:

- * Explicar os principais aspectos e características do TDC para esses profissionais.
- * Enfatizar a importância em se constatar o transtorno, antes de se decidir fazer um tratamento cosmético ou uma cirurgia nesse tipo de paciente.
- * Esclarecer também sobre o fato de que realizar tratamentos cosméticos ou operar pacientes com TDC poderá levar à manutenção e até à piora dos sintomas.
- * Enfatizar os problemas que podem ser causados ao profissional que realiza diversos tratamentos cosméticos e/ou cirurgias em um paciente com TDC advindos da frequente insatisfação do paciente com os resultados.

II – Questionar esses profissionais se eles se lembram de pacientes seus (atuais ou antigos) que provavelmente tenham as características do TDC. Mais especificamente:

- * Perguntar se já tiveram (ou têm) pacientes que não tinham (ou não têm) nenhum (ou um mínimo) problema na aparência, mas insistiram em defeitos exagerados.
- * Ou pacientes que sofriam demais com um defeito imaginado (ou mínimo) na aparência, que choravam, isolavam-se das pessoas, enfim, que deixassem as insatisfações com a aparência prejudicarem sua vida diária.
- * Ou ainda, pacientes que alimentavam altas expectativas em relação às cirurgias plásticas que pretendiam ou chegaram a fazer, mas não se sentiram satisfeitos.
- * Mais um aspecto a ressaltar se relaciona àqueles pacientes que já fizeram uma quantidade muito grande de cirurgias plásticas em uma ou diversas partes do corpo, sem que houvesse necessidade.

III – Orientar os profissionais, através do roteiro para contatarem os pacientes (Anexo E), sobre como entrar em contato com os pacientes e sobre como convidá-los a participar da pesquisa.

ANEXO E

Roteiro para os cirurgiões plásticos, dentistas, psicólogos e psiquiatras contatarem os pacientes

I – Ligar para os pacientes que provavelmente tenham o TDC, para assegurar se ainda possuem as insatisfações exacerbadas e ainda sofrem com aspectos de sua aparência.

II – Em relação aos que provavelmente tenham TDC, convidar aqueles que confirmarem a manutenção do problema a participarem de uma pesquisa que investigará quais as insatisfações com a aparência física.

Obs: Em nenhum momento se falará para os pacientes sobre a terminologia do TDC, para evitar que essas pessoas se sintam estigmatizadas e venham a sofrer com as conseqüências de um rótulo.

III – Explicar que os cirurgiões não irão interferir na pesquisa, pois se trata de um estudo de Psicologia, que apenas tratará das questões psicológicas e não estéticas.

IV – Falar das vantagens em participar de um estudo pioneiro, bastante importante para aqueles que sofrem com preocupações com a aparência, que trará contribuições para o maior entendimento nessa área.

V – Passar o contato para a pesquisadora daqueles que aceitarem participar, para que seja marcado o primeiro encontro de coleta de dados.

ANEXO F
Roteiro para caracterização dos participantes

Data: ___ / ___ / ___

I. Dados Gerais

1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade: _____
3. Data de Nascimento: _____
4. Estado civil: _____
5. Escolaridade: _____
6. Profissão/Ocupação: _____
7. Renda Familiar: _____

II. Dados Clínicos

1. Você se preocupa muito com alguma parte de seu corpo (se sente insatisfeito(a) acha feio(a)? Que parte(s))?
2. Se você respondeu que sim, você pensa muito sobre essa(s) parte(s) de seu corpo de que não gosta a ponto desses pensamentos o atormentarem? Quantas vezes por dia?
3. Você já fez algum tipo de cirurgia plástica ou algum tipo de correção estética? Quantas? Em que partes do corpo?
4. Se você respondeu que sim, você se sentiu satisfeito(a) com o resultado da cirurgia ou tratamento estético?
5. Essa sua preocupação com a aparência tem interferido negativamente na escola, faculdade, trabalho ou em outras funções diárias? Especifique quais funções. Explique como é essa interferência.

Obrigada pela colaboração!
Psicóloga Kátia Perez Ramos
CRP 06/63372-3

ANEXO G

Ficha de Análise dos Juízes

Esta é uma pesquisa científica realizada pela psicóloga Kátia Perez Ramos, CRP: 06/63372-3, sob orientação da Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutora em Psicologia. A pesquisa tem como objetivo validar uma escala de avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal para a utilização por profissionais da área de saúde.

A sua participação consistirá na análise dos itens da escala para um dos três fatores descritos no DSM-IV-TR™ (American Psychiatry Association, 2000) como critérios diagnósticos do TDC. Para cada fator do DSM-IV-TR™ (American Psychiatry Association, 2000) foi realizada uma descrição operacional em termos comportamentais que está apresentada abaixo. Tendo como referência esta descrição para cada categoria do DSM-IV-TR™ (American Psychiatry Association, 2000) você deverá marcar em que fator está englobado cada item (página 3). Esta análise tem como objetivo o estudo da validade de conteúdo da escala.

Desta forma, gostaria de agradecer desde já a sua participação, enfatizando sua importância para que os objetivos desta pesquisa sejam alcançados e, para o desenvolvimento da pesquisa científica em nosso país.

FATORES E DESCRIÇÕES OPERACIONAIS

1 - Preocupação com um imaginado defeito na aparência. Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.

- Insatisfação com a aparência física.
- Preocupação com alguma parte do corpo.
- Presença de um defeito mínimo na aparência.
- Proporção entre o grau de preocupação (alta) e o defeito (quase imperceptível)
- Pensamentos obsessivos sobre a parte do corpo.
- Nível de conhecimento sobre a preocupação exagerada com a aparência (tem percepção de que sua preocupação é despropositada).

2 - A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo.

- Auto-avaliação negativa devido ao defeito na aparência.
- Camuflagem do defeito através de roupas e maquiagem.

FICHA PARA ANÁLISE DE JUÍZES

Especialidade Profissional: () Psiquiatra () Psicólogo () Cirurgião Plástico () Dentista
 Tempo de Formação: _____ Data: _____

Coloque um X no retângulo correspondente ao fator que você acredita que o item está demonstrando (marcar somente um fator para cada item da escala).

GRUPOS DE ITENS DA ESCALA	FATORES		
	1 – Preocupação com um imaginado defeito na aparência. Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.	2 - A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo.	3 - Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

ANEXO H

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Prezado Senhor Diretor desta Instituição de Ensino Superior

Venho por meio desta solicitar sua colaboração e autorização para o desenvolvimento de uma pesquisa com alunos desta instituição.

Sou psicóloga e doutoranda em Psicologia pelo Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas sob orientação da Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida.

Estou realizando um estudo que visa construir uma escala para a avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal. Esta escala tem como objetivo investigar quais as insatisfações das pessoas com a aparência física e será referência para a validação de um teste formal para profissionais da área de saúde.

Para o desenvolvimento deste estudo, será necessária a aplicação de um roteiro de caracterização do participante e da própria escala de avaliação do TDC. Portanto, gostaria de solicitar sua autorização para a realização desta pesquisa.

Vale ressaltar que as informações ficarão sob minha responsabilidade, resguardando-se seu caráter confidencial, bem como os demais procedimentos éticos. Após o término da pesquisa, caso haja interesse dos envolvidos, disponibilizo-me a ministrar uma palestra sobre o tema em questão. Contando com a sua colaboração, coloco-me à disposição para prestar os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Kátia Perez Ramos

Doutoranda em Psicologia - PUC Campinas

