

KÁTIA PEREZ RAMOS

**TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL:
ESCALA PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA
SAÚDE**

PUC-CAMPINAS

2004

KÁTIA PEREZ RAMOS

**TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL:
ESCALA PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia do Centro de Ciência da Vida da Puc-Campinas – Pontifícia Universidade Católica de Campinas – como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral

PUC-CAMPINAS

2004

DEDICATÓRIA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que mais amo:

*Á meus pais, **Mário e Carmen**, que estão sempre aprendendo para poder me ensinar mais. Procurando a sabedoria para poder encorajar a minha verdade. Tornando-se mais cientes e sensíveis para poder aceitar a minha sensibilidade e ciência. E vivendo num assombro continuado perante a vida, para permitir que eu também exalte a minha vida. O que fazem por eles, fazem por mim!*

Obrigada pelo modelo de vida e amor, pelo seu eterno carinho, apoio e sabedoria. Por serem fontes inesgotáveis de conforto e ajuda. E por estarem sempre, com sua luz e maestria, norteando todos os meus passos e proporcionando meu crescimento pessoal e profissional.

Amo vocês!

**AGRADECIMENTOS
ESPECIAIS**

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A minha orientadora **Dra. Vera Lucia Adami Raposo do Amaral**, por acreditar em mim e pelo estímulo contínuo durante todo o processo. Pelas oportunidades dadas, pela orientação e apoiou a realização deste trabalho. Vera, obrigada pela oportunidade da convivência e da amizade!

A meus irmãos **Ricardo e Karen** pelas ajudas indiretas e diretas em relação a este trabalho; mas, especialmente, por serem pessoas maravilhosas e extremamente importantes na minha vida. Por me ensinarem a cada dia o valor da amizade, do companheirismo e da cumplicidade. Me sinto privilegiada por fazer parte da vida de vocês!

À meu namorado **Vinicius**, quero agradecer pela inestimável e valiosa companhia, pelos cuidados, pelo respeito, pelo amor e pela paciência com as minhas limitações. Obrigada por tudo o que estamos construindo juntos e por todos os momentos compartilhados!

E claro, quero agradecer também pela ajuda dada em todas as etapas desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

A Prof^a. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida e Prof^a. Dra. Solange Weschsler pela atenção e sugestões no exame de qualificação.

Ao Dr. Ricardo Primi pelas contribuições iniciais na metodologia da pesquisa.

A amiga e psicóloga Josy Moryama pelo apoio e colaboração.

A Sociedade Brasileira de Apoio e Pesquisa em Reabilitação Craniofacial (Sobrapar), especialmente ao Departamento de Cirurgia Plástica Estética, por ceder espaço para a coleta de dados.

Ao Dr. André Luiz Reda, Dr. Rafael Lopes e Dra. Tatiana Novaes da Sobrapar pela atenção e gentileza com que me receberam na Sobrapar e pela colaboração fundamental na coleta de dados desta pesquisa.

A secretária Marly da Sobrapar pela presteza e pelo cuidado com os quais me auxiliou.

Ao Dr. Carlos Magna pelo auxílio na análise estatística dos dados.

A amiga Ana Lúcia Ivatuik por toda a ajuda e por todo o carinho. Por estar sempre disposta e pronta a auxiliar, a motivar e a dar uma mão amiga. Obrigada Aninha!!

As amigas Cláudia Shiota, Eliany Neves pela companhia e apoio. Pelas horas de alegria e por tudo que me ensinaram sobre amizade e entusiasmo.

Aos amigos do curso de mestrado 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.

As secretárias Dareide, Eliane, Maria Amélia e Elaine, pelas informações, e pela gentileza e presteza com que fazem o seu trabalho.

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

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

A meu irmão Ricardo pela ajuda preciosa nas traduções das escalas e outras mais!! A minha irmã Karen pela ajuda, mais que bem vinda, na tabulação dos dados!

A minha mãe Carmen pelas revisões e correções da pesquisa. Pela paciência e carinho com que dedicou seu tempo a essas atividades. E a meu pai Mário pelo auxílio nos trabalhos relacionados a pesquisa, pelo apoio e envolvimento com os quais acolheu minhas dúvidas e perguntas.

A minha terapeuta Solange Granzmann pelo acolhimento, orientações, cuidado e afeto nas fases mais difíceis.

Aos amigos, pela aprendizagem que tivemos juntos e pela compreensão nas horas de mais estresse.

A Capes pelo auxílio financeiro, um especial agradecimento.

E a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho.

"Com a tirania da perfeição física, todos querem participar da sinfonia do corpo magnífico, quase atualizando a intolerante estética nazista. Numa sociedade de consumo, a estética surge como motor do bom desenvolvimento da existência, e o que não se enquadra dentro dos "padrões" é vivido como um drama."

Mary Del Priore (2003)

SUMÁRIO

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS	xv
ÍNDICE DE ANEXOS	xviii
RESUMO	xxi
ABSTRACT	xxiii
APRESENTAÇÃO.....	xxv
INTRODUÇÃO	
1. Transtorno Dismórfico Corporal: diagnóstico, prevalência e principais características	01
2. Instrumentos de medida e avaliação	
2.1- Breve histórico	21
2.2- Construção de testes e escalas	27
2.3- Construção de testes e escalas no Brasil.....	33
3. Instrumentos de medida e avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal	37
OBJETIVOS	44
MÉTODO	
Participantes	46
Material	54
Procedimento.....	58
RESULTADOS.....	67
DISCUSSÃO.....	107
CONCLUSÃO..	114
REFERÊNCIAS	117
ANEXOS	132

**ÍNDICE DE
TABELAS**

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Matriz de Conteúdo dos Critérios Diagnósticos do TDC.....	17
Tabela 2. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação ao sexo dos participantes.....	48
Tabela 3. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação à idade dos participantes.....	49
Tabela 4. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação à escolaridade dos participantes.....	51
Tabela 5. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação ao estado civil dos participantes.....	51
Tabela 6. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação à renda familiar dos participantes.....	52
Tabela 7. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação à queixa e/ou parte do corpo submetida à cirurgia plástica estética.....	53
Tabela 8. Caracterização do Grupo 3 (Especialidade profissional e tempo de formação).....	54
Tabela 9. Concordância Percentual dos Juízes nas quatro Categorias.	74
Tabela 10. Preocupação com alguma parte do corpo.....	79
Tabela 11. Parte do corpo que causa preocupação.....	80
Tabela 12. Angústia como consequência dos pensamentos sobre a parte do corpo da qual não gosta.....	81
Tabela 13. Frequência dos pensamentos sobre a parte do corpo da qual não gosta.....	81
Tabela 14. Interferência no funcionamento social, ocupacional, familiar ou em outras funções diárias.....	82

Tabela 15. Especificação das funções as quais possui prejuízo no seu funcionamento.....	83
Tabela 16. Forma com que ocorre a interferência no funcionamento social, familiar, ocupacional ou em outros campos da vida.....	84
Tabela 17. Realização de cirurgia plástica estética.....	85
Tabela 18. Número de cirurgias plásticas estéticas realizadas.....	85
Tabela 19. Parte do corpo submetida à cirurgia plástica estética.....	86
Tabela 20. Satisfação com os resultados da cirurgia plástica estética.....	87
Tabela 21. Explicação dos fatores de uma análise fatorial obtida a partir de uma análise de componentes principais.....	89
Tabela 22 - Comunalidades referentes a uma solução com quatro fatores.....	91
Tabela 23 - Cargas fatoriais para solução com quatro fatores com rotação varimax.....	92
Tabela 24. Resultados da <i>Prova U de Mann-Whitney</i> para o Grupo 1 – Caso e Grupo 2 – Não Caso na primeira aplicação da escala (média dos postos, valor de <i>U</i> , valor de <i>p</i> e decisão).....	94
Tabela 25. Resultados da <i>Prova U de Mann-Whitney</i> para o Grupo 1 – Caso e Grupo 2 – Não Caso na segunda aplicação da escala (média dos postos, valor de <i>U</i> , valor de <i>p</i> e decisão).....	96
Tabela 26. Resultados da <i>Prova T de Wilcoxon</i> para o Grupo 1 – Caso na primeira e segunda aplicação da escala (valores mínimos e máximos das respostas, valor de <i>p</i> e decisão).....	98
Tabela 27. Resultados da <i>Prova T de Wilcoxon</i> para o Grupo 2 – Não Caso na primeira e segunda aplicação da escala (valores mínimos e máximos das respostas, valor de <i>p</i> e decisão).....	101

ÍNDICE DE ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Roteiro para conversar com os cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras.....	132
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o cirurgião plástico, psicólogo e psiquiatra	133
Anexo 3. Roteiro para os cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras contatarem os pacientes.....	135
Anexo 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Participante– G1 e G2.....	136
Anexo 5. Roteiro para caracterização e entrevista dos participantes.....	138
Anexo 6. Ficha de análise dos Juízes.....	139
Anexo 7. Escala Auxiliar de Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal – 1ª Versão	142
Anexo 8. Escala Auxiliar de Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal – 2ª Versão	152
Anexo 9. Escala Auxiliar de Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal – 3ª Versão - Piloto.....	160
Anexo 10. Carta do Comitê de Ética em Pesquisa	167

RESUMO

RAMOS, K. P. (2004). Transtorno dismórfico corporal: escala para profissionais da área da saúde. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas/SP, xix + 212 p.

RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo geral desenvolver e validar uma escala auxiliar de diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) para profissionais da área da saúde. Para tanto contou com três amostras de participantes: Grupo 1: que englobou 15 pacientes de cirurgia plástica estética diagnosticados com TDC; Grupo 2: que incluiu 15 pacientes de cirurgia plástica estética sem o diagnóstico de TDC e; Grupo 3: 5 profissionais da área de Psiquiatria e Psicologia que serviram como juízes para avaliar os itens da escala. Inicialmente os itens da escala foram gerados por meio do estudo de quatro questionários de avaliação do TDC já existentes, contemplando os critérios diagnósticos do DSM-IV (1994) e de trabalhos científicos na área do TDC. Construiu-se, então, 50 itens (1ª Versão) os quais foram avaliados pela autora em relação a pertinência, objetividade, clareza e precisão. A partir desta análise foram descartados dez itens, o que resultou em uma escala de 40 itens (2ª Versão). Analisou-se a pertinência dos itens ao construto, por meio da análise teórica de juízes. Como resultado desta análise mais cinco itens foram descartados por não obterem uma concordância de no mínimo 80% entre os juízes (3ª Versão). A terceira versão da escala foi aplicada nos dois grupos (G1 e G2). Os resultados dessa aplicação foram submetidos ao estudo do construto do TDC por meio da análise fatorial. A validade discriminativa foi realizada por meio da aplicação da primeira versão da escala em uma amostra da população clínica (G1) e uma amostra da população não clínica (G2). O cálculo da prova *U de Mann-Whitney* mostrou que a escala é sensível para discriminar os indivíduos diagnosticados com TDC dos indivíduos sem o diagnóstico do transtorno. Além disso, o instrumento foi reaplicado após 20 dias nos dois grupos (G1 e G2), para submeter a escala à precisão de teste-reteste. Através da aplicação da correlação de *Pearson* verificou-se uma alta correlação entre a primeira e a segunda aplicação tanto do Grupo 1 como do Grupo 2. Como resultado dessas análises quantitativas não foi descartado nenhum item pois os 35 mostraram ser significativos para a mensuração do TDC. Foi proposta então, uma versão piloto do instrumento auxiliar de diagnóstico do TDC para a utilização por profissionais da área da saúde. O instrumento ficou composto por 35 itens medidos por escalas Likert de quatro pontos.

Palavras-chaves: Construção de escala, Transtorno dismórfico corporal, profissionais da área da saúde.

ABSTRACT

RAMOS, K. P. (2004). Body dysmorphic disorder: scale for healthcare professionals. Master Dissertation. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas/SP, xix + 212 p.

ABSTRACT

This research has as a general purpose of developing and validation na auxiliary scale of body dysmorphic disorder (BDD) for healthcare professionals. Three samples of participants took part on it: Group 1: which comprises fifteen esthetic plastic surgery patients diagnosed as having BDD; Group 2: which includes fifteen esthetic plastic surgery patients diagnosed as not having BDD; Group 3: five professionals of psychiatry and psychology which stood as judges to evaluate the items of the scale. Initially, the items of the scale were generated from the study of 4 BDD evaluation questionnaires which existed already, contemplating the diagnostic criteria of the DSM-IV (1994) and of scientific assays on the BDD field. Fifty items were, then, built (1st version) which were evaluated by the authoress regarding relevance, objectivity, clearness and precision. From this analysis ten items were discarded, resulting in a 40-item scale (2st version). The relevance of the items to the construct by means of the theoretical analysis of judges. As a result from this analysis five more items were discarded for not obtaining an agreement of at least 80% among the judges (3rd version). The third version of the scale was applied on both groups (G1 and G2). The results from this application were submitted to the BDD construct study by means of factorial analysis. The discriminating validity was accomplished by the application of the 3rd scale version of the clinical population (G1) and of sample the non clinical population (G2). The estimate of the U Mann-Whitney Test showed that the scale is sensitive to distinguish the individuals diagnosed as having BDD from those diagnosed as not having the disorder. Besides, the instrument was applied once more twenty days later on both groups (G1 and G2), to submit the scale to the “test-retest” precision. Through the application of the Pearson Test one verified an expressive correlation between the first and the second application for group 1 as well as for group 2. As a result from these quantitative analyses no item was discarded for they showed to be relevant for the BDD measurement. It was, then, proposed a pilot version of the BDD diagnosis auxiliary instrument to be used by healthcare professionals. The current instrument consists of thirty five items measured by the four-point Likert scale.

Key Words: Body dysmorphic disorder, scale, healthcare professionals.

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 de toda a humanidade, e esse interesse pela beleza tem aumentado a cada dia que passa. O culto à imagem atingiu 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. E nunca a beleza esteve tão inserida num contexto de luta darwinista pela sobrevivência como agora, em que ser belo é ter maiores chances de vitória na vida. Seja de que modo for e a qualquer preço.

A busca por tratamentos cosméticos, cirurgias plásticas, dietas, etc; e a multiplicação de produtos, revistas e tratamentos que vendem a idéia do “corpo perfeito” crescem 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 bilhão de reais no Brasil.

No campo das intervenções cirúrgicas com fins estéticos o Brasil só perdeu, em 1999, para os EUA. Em 1994 foram 5 mil cirurgias plásticas em jovens entre 15 e 25 anos. Em 1999, subiram para 30 mil. Crescimento vertiginoso de 600%. No ano de 2003, foram mais de 450 mil cirurgias plásticas, a ponto das clínicas e instituições ligadas a 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%. Em estudo recente, Owen (1999) concluiu 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 Owen, 1999).

Brumberg (2003), 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), 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 a 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).

O TDC caracteriza-se por uma preocupação exagerada com um defeito imaginário em pessoa de aparência normal. E caso haja realmente um defeito, comumente quase imperceptível, a preocupação obsessiva com aquela parte do corpo poderá impedir a realização das tarefas diárias (Phillips, Albertini & Rasmussen, 2002).

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

cl 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.

O TDC parece ser relativamente comum na comunidade psiquiátrica (Simeon, Hollander, Stein, Cohen & Aronowitz, 1995; Perugi, Akiskal, Lattanzi, Cecconi et. al., 1998), de cirurgia plástica cosmética (Sarwer, Whitaker, Pertschuk & Wadden, 1998), e na área dermatológica (Phillips, Dufresne, Wikel & Vittorio, 2001). Uma média de 50% dos pacientes com TDC são submetidos a cirurgia ou tratamento dermatológico, freqüentemente com resultados negativos. Em todos esses casos o TDC tem sido relatado como de difícil tratamento.

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 (Dufresne, Phillips, Vittorio & Wilkel, 2001; Amaral, 2002).

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.

A Autora do presente projeto teve 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.

Esta pesquisa visou a construção de um instrumento auxiliar de diagnóstico do TDC, validado, de fácil administração para o uso de profissionais da área da saúde, já que ao identificar o transtorno, o médico 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).

Face às afirmações acima expostas, o presente estudo se justificou cientificamente, pelo fato deste transtorno estar crescendo cada vez mais e 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 caracterizado e, conseqüentemente, melhor tratado.

INTRUDUÇÃO

1. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: DIAGNÓSTICO, PREVALÊNCIA E PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS.

O transtorno dismórfico corporal é um novo nome para um velho transtorno. Segundo Warwick (1995), 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 Herodutus, 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) 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 (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* (APA, 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* (APA, 1987).

Sobre esta reclassificação do TDC no DSM III-R, 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 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 et. al. (1992), persiste a dúvida se isto reflete a presença de dois transtornos diferentes ou de duas variantes do mesmo transtorno. Estes autores optam, claramente, pelo modelo das duas variantes. Sugerem 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. Consideram mais adequado subtipificar o TDC com delírio e sem delírio.

Finalmente, segundo o DSM-IV, *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (APA, 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.

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 (Warnick, 1995).

O período da primeira manifestação é, em geral, do início da adolescência até a idade de 20 anos, aproximadamente. De acordo com Phillips e Diaz (1997), 70% dos casos ocorre

antes dos 18 anos. Este fato se dá, pois as pessoas ficam mais sensíveis a sua aparência física devido as 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 (1995) 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 a 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; Savóia, 2000).

A prevalência de TDC na população geral ocorre em uma proporção de 0,7% a 2,2% segundo Dufresne et. al. (2001), sendo que em clínicas de cirurgia plástica este número cresce para 6% a 15%. 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 (Sarwer, Wadden, Pertschuk & Whitaker, 1998). Entretanto, qualquer outra parte do corpo pode ser o foco de preocupação – por exemplo, genitais, abdômen, nádegas, quadris e ombros. A preocupação pode se concentrar simultaneamente em diversas partes do corpo. Embora a queixa seja freqüentemente específica, como nariz grande, orelha grande, boca esticada, etc; (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 (Marks & Mishan, 1988).

Preocupações sobre odores corporais desagradáveis são consideradas por alguns autores como queixas relacionadas ao TDC (Marks & Mishan, 1988; 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) e Phillips e Dias (1997) 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 conseqüência irão rejeitá-lo (Veale, Gournay, Dryden, Boocok, Shah, Wilson & Walbuem, 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 (Castello, 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. Alguns pacientes evitam olhar-se no espelho pois este comportamento, que tem como função examinar o defeito, transformou-se em uma situação aversiva. Muitos desses comportamentos podem durar horas e por isso vão sendo gradualmente elaborados podendo tornar-se rituais (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 esteja convencido de que sua aparência seja normal (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 sofre prejuízos na área pessoal, social e ocupacional. Segundo Veale (2002), a grande maioria dos pacientes com TDC são desempregados e divorciados, sendo que grande parcela dos indivíduos podem chegar ao extremo isolamento social.

De acordo com Hay (1983) os sintomas que não são específicos do TDC podem ser encontrados em diversos transtornos psiquiátricos, como na depressão (Cotterill, 1981; Hardy & Cotterill, 1982), na psicose (Bychowski, 1943; Stekel, 1950; Crisp, 1981), no transtorno obsessivo compulsivo (TOC) (Hollander, 1989; Neziroglu & Tobias, 1993), em transtornos de personalidade (Braddock, 1982) e na anorexia nervosa (Thomas, 1984).

Alguns achados empíricos sugerem uma relação entre o TDC e os Transtornos de Humor (Hardy & Cotterill, 1982; Phillips, 1991; Phillips et. al., 1993). Phillips et. al. (1993) notaram que 93% dentre 30 pacientes com TDC (DSM-III-R) tinham história de Depressão. Os episódios depressivos tendiam a ser mais longos e persistentes; 16 dos 28 pacientes com Transtorno do Humor relataram Depressão maior crônica com duração média de 14 anos. O início do Transtorno de Humor precedeu o início do TDC por pelo menos um ano em três pacientes (11%), ocorreu dentro do mesmo ano em nove (32%) e o seguiu em 16 (57%). 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. Porém, o TDC não responde a eletroconvulsoterapia (Hollander et. al., 1992) e há indícios de uma resposta seletiva aos antidepressores bloqueadores da recaptação da serotonina, o que enfraqueceria a ligação com os Transtornos do Humor (Phillips et. al., 1993).

Entretanto, Phillips (1999) afirma que diversos estudos recentes 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 ao 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 a autora levantou 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 (1999) 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 predis põe) tanto o TDC como a Depressão.

Existem ainda, alguns autores que consideram o TDC relacionado a Anorexia, e apontam aspectos em comum entre os dois transtornos (Figueira et. al., 1993). Em primeiro lugar são transtornos tipicamente encontrados na adolescência. Em segundo lugar, em ambos os casos os pacientes usualmente atingem o sistema de saúde por meio de queixas físicas, enquanto negam o transtorno psicótico subjacente (Hardy, 1982). 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 (Thomas, 1984). 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 quanto na CID-9.

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 et. al. (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), 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 (Figueira et. al., 1993). Pierre Janet (1903) o criador do termo Fobia Social, já descrevia alterações dismórficas como fazendo parte do seu conceito de *phobies sociales* colocando 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 et. al., 1992) menciona um grupo de transtornos que se assemelham a Fobia Social (e de personalidade de evitação) do DSM-III-R. 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 descontrolar flatos na presença de outros (Figueira et. al., 1993).

Issak Marks (Marks & Gelder, 1966), reintrodutor da 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 et. al. (1992) 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 et al. (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.

A Fobia Social também precedeu o TDC em quase todos os pacientes do estudo de Phillips et. al. (1993), mais especificamente em 12 pacientes dos 15 pesquisados ocorrendo no mesmo ano para três deles.

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 (Vitello & Leon, 1990; Neziroglu & Tobias, 1993; Petribú & Oliveira, 1999).

Phillips (1991) cita Morselli, Kraepelin e Pierre Janet como autores que sugeriram uma relação entre esses dois transtornos. O autor 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 et. al. (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 Transtorno do Corpo Dismórfico 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 frequência de tentativas de suicídio e grande prejuízo no funcionamento social e ocupacional (por exemplo, estes pacientes casam 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).

Petribú e Oliveira (1999), 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 envolvem em atividades compulsivas com o intuito de tornarem seus músculos mais desenvolvidos. Os comportamentos compulsivos incluem: fazer

exercícios físicos durante muitas horas por dia, cuidar de maneira especial da dieta, usar drogas esteróides e anabolizantes, etc.

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.

Saxena et. al. (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 et. al. (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.

A maioria dos autores concorda que o aspecto mais importante que pode demonstrar a relação do TDC com o TOC e a resposta aos inibidores de recaptação da serotonina. Entretanto, segundo Figueira et. al. (1993) o sistema nervoso central é extremamente complexo, os neurotransmissores interagem de modos muito diferentes e as medicações interagem com tão diversos receptores que hipóteses desse tipo se tornam simplistas e precipitadas. Por isso esses autores acreditam que alguns estudos que colocam como destaque uma relação mais intensa entre TDC e o TOC em comparação com outros transtornos

estariam defendendo interesses econômicos relacionados a indústria farmacêutica, que angaria fundos para pesquisas.

Segundo Amaral (2001), o repertório comportamental apresentado no TDC não pode ser mais bem descrito em outra desordem, de acordo com os sistemas classificatórios de transtornos.

Como foi mostrado, os estudos sobre o diagnóstico diferencial do TDC com relação a outros transtornos ainda apresenta pontos pouco esclarecidos e está 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 (Savóia, 2000; Phillips, 1999).

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

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 atóxico para sua classificação, o que vem sendo realizado desde o DSM-II (Nathan, 1994).

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 as 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, catalogação hospitalar, etc.

Com a preocupação de comunicar-se claramente com a área médica, o presente estudo foi baseado nos critérios do DSM-IV (1995) para o TDC; entretanto, cada critério foi descrito em termos comportamentais com base na abordagem da Análise do Comportamento (Tabela 1). Assim, o construto do TDC foi levantado a partir dos critérios do DSM – IV, dos trabalhos e pesquisas na área do transtorno, principalmente estudos sobre construção de questionários e testes, e da abordagem da Análise do Comportamento por meio das descrições operacionais.

Essa descrição foi extremamente útil para a construção da escala 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, etc (esses critérios serão discutidos detalhadamente no próximo capítulo).

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

Critérios	Itens relacionados
1. Preocupação com um imaginado defeito na aparência.	<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.
2. Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
3. 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.
4. 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.

Assim, para a Análise do Comportamento, um problema comportamental não é visto como doença, e por isso, não são considerados a existência de sintomas e as causas subjacentes a eles. O que existe são comportamentos multideterminados, e ao se observar um comportamento estranho, este não é descrito como patologia pois sua ocorrência, de alguma forma é funcional, tem um valor de sobrevivência (Matos, 1999).

Desta forma, segundo a Análise do Comportamento, o TDC poderia ser entendido como classes de comportamentos selecionadas e desenvolvidas ao longo da vida do

indivíduo, a partir de suas interações com o meio, ou seja, os comportamentos emitidos pelo indivíduo com TDC são produtos de sua história de reforçamento.

Entretanto, os pacientes com TDC dificilmente procuram ajuda psicológica ou psiquiátrica, sendo mais comum a procura por clínicas de cirurgia plástica, dermatologia, entre outras relacionadas a estética (Sobanski & Schimidtz, 2000). 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. (Figueira et. al., 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, Depressão, etc (Veale, 2002).

Em contextos nos quais são executados procedimentos com fins cosméticos, o TDC é insuficientemente reconhecido (Crisp, 1981), 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 sobre 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 (Rohrich, 2000; Dufresne et. al., 2001). Dufresne et. al. (2001) corrobora 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 do especialista em comportamento pela solicitação da família ou por um médico mais atento ao transtorno (Amaral, 2001).

Assim, o que acontece é que segundo Andreade e Bardach (1977) aproximadamente 2% das pessoas que procuram a cirurgia plástica são portadores de TDC, e segundo eles, o tratamento correto seria o psicológico e não o cirúrgico. Rosen (1997) corrobora a afirmativa de Andreade e Bardach (1977) confirmando que as cirurgias plásticas e tratamentos estéticos não são eficazes nestes casos.

Entretanto, Hay (1970) afirmou que a cirurgia pode beneficiar todos os pacientes independentemente do grau da deformidade ou da presença de um transtorno de personalidade e enfatizou que apesar de pacientes marcadamente sensíveis talvez não terem sua personalidade alterada pela operação, seu grau de ajuste em geral e seus relacionamentos interpessoais podem ser beneficiados com a remoção da idéia supervalorizada de sua aparência. Esta conclusão originou-se de um estudo que investigou 45 pacientes que buscaram rinoplastia cosmética.

Em uma nova pesquisa, Hay e Heather (1973), estudaram mais um grupo de pacientes que foram submetidos a rinoplastia e reforçaram a conclusão do estudo anterior, concluindo que os pacientes se beneficiam da cirurgia plástica, sendo ou não portadores de TDC.

Da mesma maneira, Connolly e Gibson (1978) estudaram 187 pacientes 15 anos após a rinoplastia, demonstrando que dos 86 que foram operados por razões estéticas e que tinham uma deformidade mínima, 32 foram diagnosticados como neuróticos e seis como esquizofrênicos. Os autores concluíram que o TDC constitui um sintoma alarmante mas, não relataram se os pacientes ficaram mais satisfeitos com sua aparência após a cirurgia e nem se tinham sido diagnosticados como portadores de TDC.

Em uma outra investigação realizada por Edgerton, Jacobson e Meyer (1960), 94% dos seus pacientes operados que tinham uma deformidade mínima e um diagnóstico psiquiátrico, melhoraram com a cirurgia. Entretanto é importante ressaltar que apesar de

todos os seus pacientes apresentarem transtorno psiquiátrico, não tinham especificamente TDC.

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 tentativas de cirurgia plástica ou procedimento odontológico. Os autores demonstraram que nestes casos os pacientes pioraram.

Serwer et al. (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 (Neziroglu, Tobias & Moritz, 1995; Dufresne, Phillips, Vittorio & Wilkel, 2001).

2. INSTRUMENTOS DE MEDIDAS

2.1 - Breve histórico

A maturidade de uma ciência se mede, em grande parte, por sua capacidade de expressar leis em linguagem matemática e de estabelecer mecanismos dedutivos. Assim, a aplicação dos testes psicométricos, iniciada no início do século XX, contribuiu para que a Psicologia ascendesse à categoria de ciência.

Psicometria é a área da psicologia que trata do desenvolvimento e da aplicação de técnicas de mensuração aos fenômenos comportamentais. As medições se fazem mediante a atribuição de valores numéricos aos comportamentos, de maneira que as diferenças de comportamento sejam representadas por variações nesses valores numéricos (Pasquali, 1996).

Os instrumentos psicológicos ou os testes, como são conhecidos atualmente, representam a expressão cientificamente sofisticada de um procedimento sistemático de qualquer organismo, biológico ou social, a saber, o de avaliar as situações para tomar decisões que garantam a sobrevivência do próprio organismo, bem como seu autodesenvolvimento (Pasquali, 1999).

Anastasi e Urbina (2000) referem que um teste é essencialmente uma medida objetiva e padronizada de uma amostra de comportamento que auxilia o psicólogo a desenvolver suas atividades em diferentes campos de atuação.

Afirmam ainda que: “a função dos testes é medir diferenças entre indivíduos, ou entre as reações do mesmo indivíduo em diferentes ocasiões, sendo também muito úteis para pesquisa e para avaliações coletivas”. (p.31)

Entretanto, avaliação psicológica não pode ser resumida a testes ou medidas (Barbosa, 2000). Avaliar, no léxico, pode ser compreendido como determinar a valia, apreciar, compreender, estimar (Ferreira, 1988); e são vários os termos utilizados para se referir a esse processo, tais como psicodiagnóstico, avaliação psicoeducacional, avaliação psicopedagógica, entre outros. Esta diferença não é apenas semântica mas sobretudo, conceitual, uma vez que a avaliação tem características e especificidade de acordo com cada prática profissional.

O aparecimento de muitos termos revela, certamente alguma confusão ocorrida na área, ao longo de seu desenvolvimento, ou seja, inicialmente a avaliação psicológica era aplicada sem que os campos de atuação fossem completamente respeitados. Isto significa que as exigências de cada atuação nem sempre eram levadas em consideração, fazendo com que a avaliação fosse aplicada independentemente dos sujeitos e dos objetivos (Noronha, 1999).

Parece estar claro que há divergência quanto à conceituação da Avaliação Psicológica. Segundo Apport (1994), Cunha (1993), Guzzo (1996), Kroeff (1988), Oakland e Hu (1993), Salvia e Ysseldyke (1991) e Santiago (1995), ela pode ser entendida como um processo de coleta de dados cujos objetivos são: identificação da queixa, conhecimento do sujeito e a tomada de decisões, sendo que o “sujeito” pode ser uma organização, uma sala de aula, um grupo de professores, um grupo de pacientes ou um único sujeito. Ela deve proceder grande parte das intervenções psicológicas e seus dados devem orientar o profissional na escolha da condução mais adequada. A sua realização deve estar de acordo com as exigências e especificidade do campo de atuação, de acordo com as características dos sujeitos envolvidos e com as necessidades do profissional.

Vale ressaltar ainda, que a Avaliação Psicológica é um processo que pode, ou não, incluir o uso de testes padronizados como um dos recursos disponíveis para a obtenção de seus objetivos.

Pasquali (1999), estabeleceu sete fases do desenvolvimento da Avaliação Psicológica ou mais especificamente da Psicometria, sendo elas: 1. Década de Galton (1880); 2. Década de Cattell (1890); 3. Década de Binet (1900); 4. Era dos testes de inteligência (1910 – 1930); 5. Década da Análise Fatorial (1930); 6. Era da sistematização (1940 – 1980) e, 7. Era da Psicometria Moderna.

Galton (1822 – 1911), através de suas pesquisas, organizou um grande conjunto sistemático de dados sobre diferenças individuais em processos psicológicos, como acuidade visual e auditiva, tempo de reação e funções sensório-motoras simples. Ele foi o pioneiro nos métodos de avaliação e do questionário, e contribuiu no desenvolvimento de métodos estatísticos para a análise de dados sobre diferenças individuais. Seu trabalho teve prosseguimento pelas mãos de alunos como Karl Pearson (Anastasi, 1977). O estabelecimento da relação entre inteligência e discriminação de estímulos, postulado por Galton, foi aceita por neurologistas e psicólogos experimentais até a primeira metade do século XX. Embora esta perspectiva hoje já seja considerada ultrapassada e reducionista (Ancona-Lopez, 1987) ainda permanece válida pela contribuição a avaliação psicológica.

Os primeiros estudos sistemáticos de mensuração psicológica datam do final do século XIX e se desenvolveram com base na matemática das probabilidades, sob influência de duas correntes: a primeira delas - que deu origem à psicofísica - constituiu uma tentativa de aplicação dos métodos das ciências físicas ao comportamento humano. A segunda, que levou à criação dos testes psicológicos, visava à construção de métodos de mensuração da

estabilidade emocional e da inteligência. Inicialmente, os testes foram desenvolvidos no Reino Unido, Alemanha, França e Estados Unidos (Pasquali, 1999).

No Reino Unido, os testes foram aplicados para estudo científico da relação existente entre as diferenças individuais e a hereditariedade e, mais tarde, para pesquisar a natureza da inteligência e, na Alemanha, serviram de instrumento para estudos experimentais de psicopatologia, especialmente na área da educação.

Nos Estados Unidos, a expressão "teste mental" apareceu pela primeira vez num artigo de James McKeen Cattell, em 1890. Durante a primeira guerra mundial, a necessidade de rápida classificação de recrutas fez com que um comitê da *American Psychological Association* adotasse testes coletivos de inteligência, denominados *Army Alpha* e *Army Beta*. Aperfeiçoados, geraram outros testes coletivos para crianças e adultos. Na mesma época, surgiram os testes ditos "de personalidade" e o teste de psicodiagnóstico, elaborado em dez pranchas e popularizado com o nome de Rorschach, criado pelo psiquiatra suíço Hermann Rorschach.

Os franceses Alfred Binet e Théodore Simon apresentaram, no início do século XX, a primeira escala de inteligência para crianças em idade escolar. Após uma revisão dessa escala, determinaram a inteligência média para cada idade específica, denominando-se de "idade mental" o mais alto nível de desempenho apresentado por uma criança de cada idade. Mais tarde, William Stern sugeriu que a idade mental fosse dividida pela idade cronológica, tese que deu origem ao conceito de quociente de inteligência, ou QI.

Uma contribuição decisiva para a utilização racional dos métodos matemáticos em Psicologia foi dada pelo matemático britânico Ronald Fisher, que criou procedimentos experimentais que permitem verificar várias hipóteses simultaneamente. A construção,

validação e aplicação rotineira dos testes psicológicos se basearam nos progressos da matemática e da estatística (Pasquali, 1999).

A era dos testes de inteligência se desenvolveu sob a influência do teste de inteligência de Binet-Simon, do artigo de Spearman sobre o fator G, da revisão do teste de Binet para os EUA e, do impacto da primeira guerra mundial com a imposição da necessidade de seleção rápida, eficiente e universal de recrutas para o exército (testes Army Alpha e Beta). Assim nos anos 20 houve uma avalanche de testes e avaliações, ultrapassando as centenas deles, dos quais muito poucos resistiram até o presente (Pasquali, 1999).

A constatação de que os testes de inteligência eram demasiadamente dependentes da cultura onde eram criados, fizeram com que os psicólogos estatísticos começassem a repensar a idéia de Spearman sobre o fator geral universal. Entretanto em 1928, Kelley quebrou a tradição de Spearman e essa tendência foi seguida na Inglaterra por Thomson (1940) e Burt (1941) e nos EUA por Thurstone (1935, 1947). Thurstone desenvolveu a análise fatorial múltipla e atuou no desenvolvimento da escalagem psicológica, bem como fundou em 1936 a Sociedade Psicométrica Americana e a revista *Psychometrika*, ambas dedicadas ao estudo e avanço da Psicometria.

A era da sistematização foi marcada por duas tendências opostas: os trabalhos de síntese e os trabalhos de crítica. Nas obras de síntese tem-se Guilford (1954) tentando sistematizar os avanços em Psicometria até então alcançados; Gulliksen (1950) sistematizando a teoria clássica dos testes psicológicos e, Torgenson (1958) sistematizando a teoria sobre a medida escalar. Além disso, Thurstone e Harman (1967) se dedicavam aos avanços na área de análise fatorial; Cattell (1965) sintetizava os dados das medidas em personalidade e Guilford (1967) procurava sistematizar uma teoria sobre a inteligência. Por outro lado, Buros (1938) iniciou a coletânea de todos os testes existentes no mercado, a qual

vem sendo refeita periodicamente (a cada cinco anos aproximadamente) e a *American Psychological Association* – APA (1954) introduziu as normas de elaboração e uso dos testes.

Em relação a crítica tem-se Stevens (1946) discutindo o problema das escalas de medida que levanta muita polêmica na área ainda hoje. Surge a primeira grande crítica a teoria clássica dos testes por parte de Lord e Novick (1968), iniciando assim uma teoria alternativa denominada teoria do traço latente que se desenvolve até a teoria de resposta ao item (TRI).

E finalmente, a era da Psicometria moderna envolve a sistematização da psicometria clássica (Thorndike, 1982; Crocker e Algina, 1986; Anastasi, 1988); a sistematização e pesquisa na TRI (Lord, 1980; Hambleton e Swaminathan, 1985; Hambleton, Swaminathan e Rogers, 1991) e; pesquisas em uma série de áreas paralelas da Psicometria como: a) testes com referência a critério (Berk, 1984); b) testes sob medida (Wainer, 1990); c) banco de itens (Millman & Arter, 1984, Wright & Bell, 1984), d) equiparação dos escores (Holland & Rubin, 1982; Angolff, 1984; Skaggs & Lissitz, 1986), e) validade dos testes (Wainer & Braum, 1988), f) vieses dos testes (Berk, 1982; Osterling, 1983; Reynolds & Brown, 1984) e, g) construção de itens (Roid & Haladyna, 1980, 1982; Brown, 1983; Gronlund, 1988).

Da década de 80 até os dias atuais os testes se popularizaram, sendo iniciado seu uso massivo por empresas e instituições em geral. Surgiram novos testes de aptidão, personalidade e em outras diversas áreas da Psicologia. Atualmente no Brasil está sendo bastante discutido o uso da avaliação psicológica, a qualidade dos testes e sua construção (tema que será apresentado posteriormente neste trabalho).

2.2 - Construção de Testes e Escalas

Apesar da teoria da medida em ciências sociais e do comportamento apresentar ainda muitos problemas (Seltz et. al., 1960; Pasquali, 1996), a utilização de escalas, além de possuir uma história de mais de meio século, é muito difundida.

A psicometria implica basicamente duas atividades: a quantificação de fenômenos psicológicos, sob forma de variáveis descritivas correspondentes às características dos indivíduos estudados, e a manipulação desses dados para obtenção de resultados numéricos. As relações entre os dados quantificados devem manter correspondência com as relações empiricamente verificáveis, uma vez que toda aplicação psicométrica supõe adoção prévia de enfoque experimental e de interpretação psicológica da linguagem matemática (Adanéz, 1999).

Nas ciências sociais muitas distinções e medidas são de natureza qualitativa, e para realizá-las é preciso estabelecer grau nas medidas, estabelecendo-se assim proposições que indicam grau de diferença, e não apenas certo ou errado (Seltz et. al., 1960). Desta forma, Pasquali (1996) recomenda que as escalas sejam usadas, diferentemente dos testes, em que existem respostas certas e erradas.

Entre os métodos de mensuração adotados encontra-se a escala de medida, seqüência numérica cujos elementos se encontram em correspondência biunívoca com traços psicológicos dos sujeitos estudados, detectados empiricamente. Dentre os diversos tipos de escala destacam-se as seguintes: (1) escalas nominais, utilizadas para quantificar dados que mantêm seu caráter qualitativamente singular e não permitem, por si mesmos, inferências matemáticas, como lugar de nascimento, por exemplo; (2) escalas ordinais, que permitem ordenação dos sujeitos quanto a traços determinados; (3) escalas de intervalos, utilizadas para comparar a diferença que existe entre os distintos níveis de uma determinada característica

manifesta em cada sujeito estudado; e (4) escalas de razão, mediante as quais são medidas essas diferenças com alguma unidade arbitrária de medida, e em que há um zero absoluto.

A escala Likert, mais utilizada no levantamento de atitudes, opiniões e avaliações pode ser considerada um tipo de escala especial. Embora sendo essencialmente ordinal (ordena os itens de acordo com sua importância) obtém uma quantidade de informações e diferenças entre as alternativas, que permitem operações matemáticas reservadas às escalas intervalares (Gunther, 1996). A técnica de Rensis Likert (1932) é uma das mais usadas na construção de escalas psicométricas (Gunther, 1996).

Existe ainda a técnica estatística chamada correlação, usada para verificar o grau com que dois traços psicológicos, ou quaisquer duas outras qualidades, variam juntos.

Outra técnica utilizada é a análise fatorial, que constitui um ramo da estatística e surgiu com a finalidade de fornecer modelos matemáticos para a explicação de teorias do comportamento.

A elaboração dos itens de uma escala é uma etapa de fundamental relevância para o sucesso da avaliação a que se propõe, e por esta razão deve seguir certos critérios, descritos por Pasquali (1996) em 12 passos, que serão descritos a seguir.

O primeiro critério é denominado comportamental e explicita que o item deve expressar um comportamento e não uma abstração ou construto. Em segundo lugar tem-se o critério de objetividade e desejabilidade, sendo o primeiro aplicado principalmente as escalas de aptidão, onde deve abranger comportamentos de fato. A desejabilidade é aplicada a atitudes e personalidade em geral, sendo os itens relacionados a comportamentos desejáveis ou característicos ao que se pretende avaliar. O critério da clareza requer que o item seja composto de frases curtas, com expressões simples e inequívocas, já que frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza.

O critério de relevância é alcançado quando o item é pertinente ao objeto psicológico e a saturação (representada pela carga fatorial, que corresponde à correlação entre item e fator). O quinto critério é o da precisão e existe quando o item possui uma posição definida no contínuo do atributo e se distingue dos demais itens que abrangem o mesmo contínuo. O conjunto de itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do conjunto deste atributo para obter-se o critério da amplitude. Este último critério deve levar em consideração o próximo requisito, que é o do equilíbrio, pois os itens do mesmo contínuo devem cobrir igualmente ou proporcionalmente todos os segmentos do contínuo, devendo haver distribuição equilibrada dos itens fáceis, médios e difíceis. (Pasquali, 1996).

A escala ainda deve obedecer o critério da variedade, para que se evite a repetição ou a monotonia no preenchimento dos itens. Além disso é importante que a construção de itens atenda ao critério da modalidade, não utilizando expressões extremadas e, ao critério da tipicidade, formando frases com expressões típicas ao atributo. Finalmente, Pasquali (op. cit.) enfatiza que é preciso prestar atenção ao critério de credibilidade, ou seja, não formular itens que afetem o sujeito, fazendo-o sentir-se ofendido, irritado, etc.

Após a construção dos itens estes devem ser analisados. Esta análise de itens pode ser realizada de duas formas: a) teórica: através do julgamento de juízes, visando estabelecer a compreensão dos itens e a pertinência dos mesmos ao atributo que se pretende medir (Arias, 1995) e; b) empírico: por meio dos dados coletados de uma amostra de sujeitos, utilizando-se análises estatísticas. Essa última forma de análise dos itens pode enfrentar dificuldades no que se refere a coleta dos dados já que podem ocorrer erros associados a cultura, resposta ao acaso e resposta estereotipada, que inclui a deseabilidade social e a resposta sistemática (Seltz, 1960 et. al.; Verthelyi, 1995).

A desejabilidade social consiste na atribuição de afirmações com valores socialmente desejáveis pelo sujeito e, na rejeição daquelas com valores socialmente indesejáveis. A resposta sistemática apresenta alguns erros de julgamento ao responder os itens, como: efeito halo, definido por Thorndike, correspondente a avaliação semelhante de todas as dimensões; o erro de leniência, que consiste em considerar apenas o lado positivo de tudo; o erro de tendência central, que ocorre quando os avaliadores hesitam em proferir julgamentos extremos e, o erro de contraste que consiste na avaliação oposta das características do avaliador. Estratégias para se evitar que esses erros ocorram estão sendo estudadas e algumas delas engloba a eliminação do ponto central da escala para inviabilizar a tendência central e a adaptação transcultural dos instrumentos utilizados (Verthelyi, 1995).

Pasquali (1999) coloca que a elaboração de escalas psicológicas deve ter como orientação procedimentos teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos). Os primeiros, relacionados à teoria, devem fundamentar o instrumento e, os procedimentos experimentais, devem definir as etapas e técnicas de aplicação e de coleta de dados visando a avaliação das qualidades psicométricas de acordo com os procedimentos estatísticos, cujos resultados permitirão verificar se o instrumento é válido e preciso.

O teste psicológico é toda a medida objetiva e padronizada de uma amostra de comportamentos; por isso tem que ser construído de forma a possuir padronização, normas, precisão e validade (Anastasi & Urbina, 2000).

A padronização consiste no controle das condições de aplicação e avaliação do teste, com o objetivo de comparar respostas de indivíduos diferentes. Desta forma, os sujeitos são a única variável que não deve ser mantida constante.

A norma é calculada após a aplicação numa amostra grande da população e resulta em médias e desvios padrão.

A consistência dos resultados obtidos por um mesmo indivíduo quando testado duas vezes com o mesmo instrumento ou com instrumentos semelhantes, levando em consideração que esse indivíduo não tenha sofrido mudanças, determina a precisão de um teste. Anastasi e Urbina (2000), especificam que a precisão de um teste refere-se a escores obtidos pelas mesmas pessoas quando elas são reexaminadas com o mesmo teste em diferentes ocasiões, ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes ou sob outras condições variáveis de exame.

A validade de um instrumento é dada pelo grau em que o mesmo mede, efetivamente, o que se propõe a medir. Conforme Anastasi e Urbina (2000), a questão da validade é o que há de mais importante a ser considerado em relação a qualquer instrumento de medida, já que apresenta o que é medido pelo instrumento. Após a validação, um teste pode ser usado em outras amostras com características semelhantes aquelas em que foi validado (Cunha, 1994).

Há diversos tipos de validade de um teste psicológico e segundo a Associação Americana de Psicologia (1954) estes podem ser condensados em três grandes classes: validade de construto, validade de conteúdo e validade de critério.

A validade de construto refere-se ao grau em que um teste mede, efetivamente um conceito. Há várias formas de se conseguir este tipo de validade, e isto vai depender da natureza do teste e do conceito. Segundo Cronbach (1996) e Anastasi e Urbina (2000) uma das técnicas mais adequadas e a mais sistemática para se determinar a validade de construto é a análise de fatores, já citada anteriormente. Anastasi e Urbina (2000), afirmam que o objetivo principal da análise fatorial é simplificar a descrição do comportamento reduzindo o número de categorias de uma multiplicidade inicial de variáveis de teste (itens) para alguns fatores ou traços comuns. Então, é calculado o índice de correlação de cada item com o respectivo fator (validade fatorial de item). Após a análise de fatores é possível reduzir o número de itens de um instrumento, deixando apenas os itens com carga fatorial maiores.

Segundo Pasquali (1999) neste caso, diz-se que o instrumento apresenta, validade fatorial, sendo que o critério externo de comparação para cada item são os fatores.

A validade de conteúdo supõe o exame sistemático dos itens com o objetivo de determinar se estes são uma amostra representativa da forma de conduta que será medida, ou seja, visa garantir que os itens de um instrumento sejam obtidos de fontes que representem, efetivamente, o universo de comportamentos que se quer avaliar e que, todos os aspectos relevantes sejam apresentados em proporções equivalentes.

Em relação à validade de critério esta diz respeito ao grau de eficácia que o teste tem em predizer um desempenho específico do sujeito. Desta forma, o desempenho do sujeito é o critério que deve ser medido e avaliado por outras técnicas, externas ao próprio teste que se pretende validar (Adanéz, 1999; Pasquali, 1999).

Existem dois tipos de validade de critério: a) preditiva e, b) concorrente. A primeira se dá quando a coleta da informação relativa ao critério ocorre algum tempo após o teste e a segunda quando se dá simultaneamente ao teste. Concebe-se como validade de critério de um teste o grau de eficácia que ele tem em predizer um desempenho específico de um sujeito. A definição do critério pode ser feita por meio do desempenho acadêmico, desempenho em treinamento especializado, desempenho profissional, diagnóstico psiquiátrico e outros testes disponíveis (Pasquali, 1996). Com base na correlação entre os dados, encontra-se o coeficiente de validade. Desta forma, para que os testes sejam úteis e eficientes, eles devem passar por estudos que comprovem suas qualidades psicométricas, assim como devem atender determinadas especificações que garantam reconhecimento e credibilidade por parte da comunidade científica e de leigos.

Todo esse trabalho teórico de construção e validade dos testes conduziu a sua aplicação em diversos campos, como educação, defesa, empresas industriais e de serviços,

orientação profissional, seleção de pessoal, qualificação para funções de chefia, exame clínico e muitos outros fins.

2.3 - Construção de Testes e Escalas no Brasil

Para a construção de testes e instrumentos no Brasil, Noronha (2001) afirma que não existem orientações precisas, mas apenas questões mais gerais que tratam de dilemas éticos para os profissionais (Conselho Regional de Psicologia, 1999). Recentemente o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003) publicou uma resolução na qual regulamenta a elaboração, a comercialização e o uso dos instrumentos psicológicos. De acordo com a resolução nº 025/2003, os testes devem ter requisitos mínimos para que sejam reconhecidos como tais e será considerada falta ética o uso de instrumentos que se encontrem fora dos padrões de excelência.

Um dos requisitos importantes se relaciona à determinação de que o manual do teste tenha como objetivo orientar o profissional na confecção de documentos. Acredita-se que tal obrigatoriedade estimule a pesquisa em torno dos instrumentos e desestimule o uso de materiais precários, com qualidade duvidosa, que porventura possam não garantir bons serviços para a sociedade em geral.

Guias e diretrizes gerais para o uso e construção dos testes estão sendo elaborados por alguns autores e acredita-se que esses trabalhos de alguma maneira contribuam para a sistematização e para o crescimento da área (Pasquali, 1999, 2001; Wechsler, 1999, 2001).

Nos trabalhos de Wechsler (1999), são sistematizadas orientações necessárias e possivelmente desconhecidas de determinados profissionais para uma boa aplicação e avaliação e para a escolha do instrumento em diferentes situações de avaliação, além de

discutir alguns princípios de construção de testes psicológicos; enquanto Pasquali (2001) oferece um extenso manual de orientações sobre as técnicas de exame psicológico, no qual aborda o conceito dos testes, a história, os tipos, os fundamentos científicos, os parâmetros psicométricos, os princípios éticos e os testes psicológicos comercializados no Brasil.

Adánez (1999), apresenta um planejamento que compreende 13 etapas relacionadas, para a construção de um teste, apontando que as opções adotadas em cada fase determinam os passos posteriores. As treze etapas são: 1. definição dos objetivos do teste; 2. especificação do contexto; 3. eleição do modelo matemático (Teoria Clássica dos Testes ou Teoria de Resposta ao Item); 4. definição do domínio; 5. construção dos itens e das instruções; 6. revisão do teste inicial por especialistas; 7. estudo piloto; 8. seleção de amostra e aplicação do teste inicial; 9. análise e seleção empírica dos itens; 10. avaliação da viabilidade do teste; 11. avaliação da validade do teste; 12. elaboração das normas e 13. redação do manual de uso.

Cunha (2000) desenvolveu um trabalho que teve como objetivo a análise de testes psicológicos, fornecendo dados sobre o histórico, sobre a descrição, administração, indicações, comentários e referências bibliográficas, o que mostra uma importante iniciativa da autora em relação à preocupação da qualidade dos testes.

Em perspectiva internacional, tem-se o Comitê Internacional de Testes (ITC, 2001) composto por profissionais da Europa e dos Estados Unidos, que publicou as diretrizes gerais para o uso e para a revisão dos testes. No material constam questões pertinentes à utilização, tanto no que se refere à aplicação, avaliação e interpretação dos resultados, quanto aos princípios éticos envolvidos.

Nessa mesma linha de trabalho, pode-se encontrar no site da APA (Associação Psicológica Americana) - <http://www.apa.org/science> - respostas às questões mais freqüentemente realizadas por meio de e-mails para a diretoria científica do órgão. As

questões englobam desde informações específicas sobre determinados instrumentos até a forma de entrar em contato com o responsável por algum teste não publicado.

Esses trabalhos, de alguma forma, promovem a discussão do tema e provocam uma articulação dos conteúdos e das práticas profissionais, deixando os psicólogos mais bem informados e preparados para os diferentes usos dos testes psicológicos. O que se espera é que estas tendências gerais se transformem em diretrizes internacionais para o uso e para a construção dos instrumentos de avaliação.

Conforme a resolução nº 025/2003 do CFP (2003), já citada anteriormente, os testes devem ter requisitos mínimos, devem ser revisados a cada dez anos e seus respectivos manuais devem ter por objetivo orientar o profissional, inclusive na confecção de documentos e relatórios.

Segundo Noronha (2001) os poucos trabalhos brasileiros desenvolvidos nesse sentido não têm apresentado resultados animadores. Esta autora realizou um estudo que se destinou a avaliar os coeficientes de correlação com outros testes, correlação com outros critérios, equivalência, consistência e estabilidade a fim de verificar a qualidade psicométrica dos instrumentos (validade e precisão). Nos 21 testes de inteligência analisados, o coeficiente de correlação com outros testes foi o mais encontrado na verificação da validade, enquanto os de consistência e de estabilidade foram apresentados em 11 instrumentos para verificação da precisão, embora nem todos tenham apresentado os dois estudos. O trabalho revelou, ainda, que muitos dos testes consultados não apresentaram sequer a data de publicação, condição básica para qualquer tipo de publicação científica.

Em outro estudo Noronha, Sartori, Andrade e Ottati (2001), objetivaram analisar os manuais de testes de inteligência em relação aos dados de identificação, aos dados de aplicação e de avaliação e às qualidades psicométricas. Os resultados indicaram que dos 21

testes analisados, apenas 7 deles apresentaram todas as informações avaliadas. Isto se torna ainda mais grave quando se verifica que os itens avaliados não estão de acordo com as exigências mínimas para a publicação de testes, sejam elas nacionais ou internacionais.

Segundo Almeida (1999), a entrada progressiva de novas tecnologias em vários contextos, como escolas e empresas, tende a trazer conseqüências também para a área de avaliação psicológica, ou seja, espera-se que novos instrumentos sejam criados, e, sobretudo, que eles apresentem mais qualidade. De alguma forma, este pode estar representando um novo marco na construção de testes psicológicos no Brasil, à medida que se percebe, ainda que timidamente, uma evolução no que se refere ao aumento de instrumentais disponíveis ao profissional. Isto também obrigará o profissional a se preparar melhor para receber as novidades da área (Noronha, 2001).

Aliado a isto, está a Resolução nº 025/2003 do CFP (CFP, 2003) que obriga pesquisadores, profissionais e editores a ter rigor científico no que se refere ao uso e à construção de testes psicológicos.

3. 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, sendo que a maioria dos testes foi criada com o objetivo de investigar o transtorno na área psiquiátrica e de psicologia, encontrando-se apenas um breve questionário desenvolvido para a utilização na prática dermatológica (Rosen & Reiter, 1996).

Serão enfatizados aqui os quatro instrumentos para o diagnóstico do TDC (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified by BDD; Body Dysmorphic Disorder Examination, Body Dysmorphic Disorder Examination – Self Report e, Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version*), que foram apontados pela literatura como os mais utilizados em avaliações clínicas e pesquisas na área (Neziroglu & Yaryura-Tobias, 1993; Phillips, 1993, 1994; Rosen & Reiter, 1996; Dufresne, Phillips, Vittorio & Wilkel, 2001), e que foram utilizados como referências para a construção da escala da presente pesquisa.

Um dos primeiros instrumento que continha alguns itens relacionados ao TDC foi desenvolvido por Cooper, Taylor, Cooper e Fairburn (1987), e denominado *Body Shape Questionnaire* (BSQ). Este instrumento consta de 34 perguntas e objetiva avaliar o medo de ganhar peso, os sentimentos de auto-estima em relação a aparência, o desejo de perder peso e a insatisfação com o corpo em uma escala Likert de 6 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 transtorno dismórfico corporal, como por exemplo os comportamentos de checagem e camuflagem da

parte do corpo a qual o 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 a sua imagem corporal ou aparência física. Esse teste possui 10 subescalas, sendo as mais importantes para a avaliação do TDC a subscala *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) o qual possui 9 itens que tem 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”, etc, as quais o paciente tem que indicar se é verdadeira ou não para ele. O crivo soma 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 ($\alpha = 0,92$).

Pelo fato de dar ênfase a 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 Escala de Ideação Supervalorizada a qual mensurava a força da crença do paciente em seu suposto defeito, denominando-a como medida do *insight*, na qual os pacientes com TDC obtinham um *score* 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, etc.

Finalmente em 1993, Phillips modificou a Escala de Obsessão-Compulsão de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*) para mensurar o TDC. 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 do presente estudo.

Rosen e Reiter, 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 de instrumentos, 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 3 estudos: a) Criação dos itens do questionário com base nos critérios do DSM IV e validade de construto, b) Estudo da consistência interna do instrumento e, c) Estudo da validade de critério do teste. O instrumento possui 34 questões relativas a preocupação com a aparência, auto-imagem negativa, consciência do transtorno, esquiva de atividades (na área social, ocupacional, etc), 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 com o diagnóstico de TDC realizado por psiquiatras através de entrevistas.

Um aspecto importante do instrumento 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 ser o instrumento mais completo na área do transtorno dismórfico corporal e por ter passado por estudos psicométricos, este foi selecionado para compor a amostra de testes nos quais seria baseada a escala auxiliar de diagnóstico do TDC da presente pesquisa.

Do estudo do BDDE originou-se também um instrumento auto-aplicável para a avaliação do transtorno dismórfico corporal (BDDE-SR – *Body Dysmorphic Disorder Examination – Self Report* – Anexo 12). Este questionário possui três partes, sendo que a primeira versa sobre as partes do corpo que o indivíduo se queixa como insatisfeito e de

como é exatamente esta insatisfação, a segunda parte engloba questões relacionadas a 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, etc.

Sendo este instrumento auto-aplicável, não necessitando de um profissional para o fazê-lo, e englobando os aspectos mais importantes do diagnóstico de TDC, foi selecionado pela autora da presente pesquisa para servir como referência para a construção da escala auxiliar do diagnóstico de TDC para o uso dos profissionais da saúde.

O Módulo de Diagnóstico do Corpo Dismórfico foi desenvolvido por Phillips (1994), e compreende seis questões correspondentes aos critérios do DSM-IV 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 (*Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version* – Anexo 14).

Para a construção deste questionário utilizaram como referência o *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ* - Phillips, 1996) desenvolvido originalmente para a área da psiquiatria e psicologia, com base nos critérios do DSM IV, o qual mostrou alta sensibilidade em identificar os pacientes com este transtorno na prática psiquiátrica. Entretanto suas propriedades psicométricas não eram estáveis na prática dermatológica. 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 mediam 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 cosmética.

Foi aplicado o questionário nestes pacientes e posteriormente um grupo de cirurgiões fez a avaliação (com base nos critérios do DSM IV para o TDC) nos pacientes, sem o conhecimento prévio dos resultados da aplicação do questionário nesses participantes. 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 do presente estudo.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Geral

O objetivo geral da presente pesquisa foi desenvolver e validar uma escala auxiliar de diagnóstico do transtorno dismórfico corporal para profissionais da área da saúde.

Específicos

- a) Gerar os itens do instrumento por meio do estudo dos questionários de avaliação do TDC já existentes, contemplando os critérios diagnósticos do DSM-IV-R e de trabalhos científicos na área do TDC.
- b) Verificar a pertinência dos itens ao construto TDC por meio da análise de juízes.
- c) Submeter a escala a um estudo de validade de construto.
- d) Realizar um estudo de validade discriminativa do instrumento.
- e) Realizar um estudo de precisão teste – reteste.
- f) Avaliar a consistência interna da escala.
- g) Propor uma primeira versão do instrumento auxiliar de diagnóstico do TDC para a utilização por profissionais da área da saúde.

MÉTODOS

PARTICIPANTES

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

a. Grupo 1 (G1) – Caso.

Este grupo foi composto por 15 (quinze) pacientes selecionados a partir dos critérios do DSM-IV-R para o TDC. Incluídos neste grupo encontram-se os cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras que tiveram como função contatar e indicar os pacientes que provavelmente apresentavam o transtorno dismórfico corporal. Os pacientes indicados por esses profissionais foram selecionados pela pesquisadora através de um roteiro de entrevista e caracterização dos participantes que abordou dados clínicos do paciente pautados nos critérios do DSM-IV-R para o TDC. A participação dos cirurgiões plásticos foi essencial devido às dificuldades em se identificar indivíduos com TDC em clínicas de Psicologia e Psiquiatria (já que o transtorno ainda é pouco conhecido) e pelo fato da grande maioria desses indivíduos dirigirem-se a clínicas de cirurgia plástica, dermatológica e estéticas para a busca da solução de seus “problemas” na aparência física. Entretanto, pelo fato dos pacientes deste grupo terem sido indicados por psicólogos e psiquiatras, além das indicações dos cirurgiões plásticos, a maioria não foi submetido a nenhuma cirurgia plástica estética.

b. Grupo 2 (G2) – Não Caso.

Este grupo contou com 15 (quinze) participantes, também pacientes de cirurgia plástica, que foram indicados pelos cirurgiões plásticos e que em princípio não foram

enquadrados no diagnóstico de TDC pelos cirurgiões, servindo, então, como grupo controle. Estes participantes foram pareados com os participantes do G1 em relação a faixa etária, sexo, nível sócio-econômico, escolaridade e estado civil (com companheiro(a) ou sem companheiro(a)). Todos esses pacientes foram submetidos a pelo menos uma cirurgia plástica estética e o pareamento em relação a queixa dos pacientes com TDC e sem TDC foi realizada com base no critério: parte do corpo exposta e que não possui possibilidade de camuflagem por meio de roupas especiais ou maquiagem (face, orelhas, cabeça, mãos, pescoço, etc) e parte encoberta que possui possibilidade de camuflagem por meio de roupas especiais (seios, braços, pernas, pés, barriga, nádegas, ombros, etc). Ou seja, os pacientes que haviam feito cirurgia plástica cosmética do G1 foram pareados com o G2, aqueles que só possuíam a queixa foram pareados com os pacientes do G2 (que passaram por cirurgia plástica) através do critério especificado acima. Os participantes deste grupo foram contatados pela pesquisadora após a indicação dos cirurgiões plásticos, e foram selecionados pela pesquisadora através de um roteiro de entrevista e caracterização dos participantes que abordou dados clínicos do paciente pautados nos critérios do DSM-IV-R para o TDC.

Critérios 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 (como já exposto na introdução);
- * Com idade a partir de 18 anos, pelo fato de ser indicado na literatura a maior incidência do transtorno nesta faixa etária (como já exposto na introdução); e

- * Que não fossem portadores de outras doenças relacionadas a distúrbios alimentares como anorexia ou bulimia, ou portadores de qualquer deficiência física (por exemplo: paralisia, indivíduo com um membro do corpo amputado, etc).

A caracterização do Grupo 1 e Grupo 2 segundo o sexo (Tabela 2), idade (Tabela 3), escolaridade (Tabela 4), estado civil (Tabela 5), renda familiar (Tabela 6) e queixa e/ou parte do corpo submetida a cirurgia plástica estética (Tabela 7) encontra-se abaixo. Vale ressaltar que os dados de caracterização foram tratados quantitativamente pelos princípios da estatística não paramétrica (Siegel, 1956), utilizando-se o teste do qui-quadrado para análise intragrupo e intergrupo.

Tabela 2. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação ao sexo dos participantes.

VARIÁVEL		G 1 – CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
SEXO	Feminino	13	86,67%	13	86,67%
	Masculino	2	13,33%	2	13,33%
TOTAL		15	100%	15	100%

Como se pode observar na tabela acima a população feminina é majoritária (86,67%) no total de participantes. Tem-se desta forma um menor percentual de homens (13,33%). A coleta de dados foi realizada primeiramente com os pacientes do Grupo Caso (G1) pelo fato da dificuldade em se encontrar os pacientes com TDC e do acesso a eles. Devido o pareamento, já especificado anteriormente, realizado entre os grupos (com base no Grupo Caso - G1), o Grupo Controle tem o mesmo número de homens e conseqüentemente o mesmo número de participantes do sexo feminino.

Entretanto é importante ressaltar que na seleção inicial do Grupo Caso (G1) realizada por cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras havia seis homens (dentre os quinze pacientes) na lista de contatos passada para a autora do presente estudo, no entanto a maioria não aceitou o convite para participar da pesquisa. Como já discutido na introdução a literatura aponta que o transtorno dismórfico corporal é 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 (Warnick, 1995).

Em relação a análise intragrupo (tanto do G1 como do G2) encontrou-se um X_o^2 de 8,06 rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l. = 1; n.sig = 0,05), mostrando que há diferença estatística significativa entre os sexos.

Em relação a análise intergrupo o X_o^2 foi calculado em 0,28 o que determinou a não rejeição da hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l.= 1; n.sig = 0,05), mostrando não haver diferença estatística significativa entre os dados dos dois grupos.

Tabela 3. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação a idade dos participantes.

VARIÁVEL		G 1 – CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
IDADE	18 a 30 anos	7	46,67%	7	46,67%
	31 a 40 anos	3	20,00%	3	20,00%
	41 a 50 anos	5	33,33%	4	26,67%
	Acima de 50 anos	---	---	1	6,66%
TOTAL		15	100%	15	100%

Os dados contidos na Tabela 3 indicam que a 46,67% dos participantes, tanto do G1 como do G2, possuem de 18 a 30 anos de idade e, 20,00% estão entre 31 a 40 anos. Têm-se ainda 33,33% dos participantes com idade entre 41 e 50 anos do G1 contra 26,67% do G2.

Finalmente, tem-se 6,66% de participantes com idade acima de 50 anos somente no Grupo 2 – Controle.

A maioria dos autores sugere que o período da primeira manifestação do TDC se dá do início da adolescência até a idade de 20 anos. (Phillips e Diaz, 1997; Veale, 2002; Albertini e Phillips, 1999; Savóia, 2000). Em relação a prevalência de TDC na população geral tem-se uma proporção de 0,7% a 2,2% segundo Dufresne et. al. (2001), sendo que em clínicas de cirurgia plástica este número cresce para 6% a 15%. Como já é conhecido, isto ocorre, pois os pacientes com Transtorno Dismórfico Corporal freqüentemente buscam e recebem tratamentos médicos gerais, dentários ou cirúrgicos com o objetivo de corrigir os seus defeitos imaginados. Por esse fato é que a busca das amostras do G1 e G2 foram realizadas, principalmente na área da cirurgia plástica estética.

Em relação a análise intragrupo do G1 encontrou-se um X_o^2 de 6,71 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 faixas etárias. Para o G2 o X_o^2 foi de 4,98 não rejeitando a hipótese nula de que não haveria uma diferença estatística significativa entre as faixas etárias ($X_c^2 = 7,82$; n.g.l. = 3; n.sig = 0,05).

Em relação a análise intergrupo o X_o^2 foi calculado em 1,11 o que determinou a não rejeição da hipótese de nulidade ($X_c^2 = 7,82$; n.g.l. = 3; n.sig = 0,05), mostrando não haver diferença estatística significativa entre os dados dos dois grupos.

Tabela 4. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação a escolaridade dos participantes.

VARIÁVEL		G 1 – CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
ESCOLARIDADE	Ensino Fundamental	1	6,67%	1	6,67%
	Ensino Médio	8	53,33%	8	53,33%
	Ensino Superior	5	33,33%	5	33,33%

	Pós-graduação	1	6,67%	1	6,67%
TOTAL		15	100%	15	100%

No que se refere a variável escolaridade tem-se um pareamento de 100% entre os participantes do G1 e do G2. Assim, a maioria possui o ensino médio (53,33%), seguido do ensino superior (33,33%). O nível de pós-graduação e ensino fundamental possuem a mesma porcentagem de participantes (6,67% cada).

No que diz respeito a análise intragrupo do G1 e do G2 encontrou-se um X_o^2 de 9,24 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 o nível de escolaridade nos dois grupos. O cálculo da análise intergrupo foi inviável.

Tabela 5. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação ao estado civil dos participantes.

VARIÁVEL		G 1 – CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
ESTADO CIVIL	Com companheiro(a)	8	53,33%	8	53,33%
	Sem companheiro (a)	7	46,67%	7	46,67%
TOTAL		15	100%	15	100%

Tendo como referência a Tabela 5, verifica-se que o pareamento do G1 com o G2 foi de 100%. Assim, a maioria dos participantes possui companheiro(a) (53,33%) e o restante são solteiros (46,67%). É importante ressaltar que a escolha pelas nomenclaturas sem companheiro(a) ou com companheiro(a) se deu para facilitar o pareamento dos grupos.

Em relação a análise intragrupo (tanto do G1 como do G2) encontrou-se um X_o^2 de 0,06 rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l.= 1; n.sig = 0,05), mostrando que há diferença estatística significativa entre o estado civil.

Em relação a análise intergrupo o X_o^2 foi calculado em 0,13 o que determinou a não rejeição da hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l.= 1; n.sig = 0,05), mostrando não haver diferença estatística significativa entre os dados dos dois grupos.

Tabela 6. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação a renda familiar dos participantes.

VARIÁVEL		G 1 – CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
RENDAM FAMILIAR	De R\$ 200,00 a R\$ 500,00	1	6,67%	---	---
	De R\$ 501,00 a R\$ 800,00	2	13,33%	2	13,33%
	De R\$ 801,00 a R\$ 1.100,00	5	33,33%	5	33,33%
	De R\$ 1.100,00 a R\$ 2.000,00	7	46,67%	5	33,33%
	Acima de R\$ 2.001,00	---	---	3	20,01%
TOTAL		15	100%	15	100%

Com base nos dados descritos na Tabela 6, observa-se para os Grupos - G1 e G2, 33,33% de participantes com uma renda de R\$ 801,00 à R\$ 1.100,00 e, 13,33% com uma renda de R\$ 501,00 à R\$ 800,00. Somente no G1 tem-se 20,01% dos participantes com uma renda familiar acima de R\$ 2.001,00. E apenas no G2, 6,67% de respondentes possuem renda entre R\$ 200,00 e R\$ 500,00. Finalmente, dos participantes com uma renda familiar de R\$ 1.100,00 à R\$ 2.000,00, tem-se 46,67% do G1 e 33,33% do G2.

No que se refere a análise intragrupo do G1 tem-se um X_o^2 de 11,32 rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 9,49$; n.g.l. = 4; n.sig = 0,05), mostrando que há diferença estatística significativa entre as rendas familiares. Para o G2 o X_o^2 foi de 5,99 não rejeitando a hipótese nula de que não haveria uma diferença estatística significativa entre as rendas familiares ($X_c^2 = 9,49$; n.g.l. = 3; n.sig = 0,05).

Em relação a análise intergrupo o X_o^2 foi calculado em 4,33 o que determinou a não rejeição da hipótese de nulidade ($X_c^2 = 9,49$; n.g.l. = 4; n.sig = 0,05), mostrando não haver diferença estatística significativa entre os dados dos dois grupos.

Tabela 7. Caracterização do Grupo 1 (Caso) e do Grupo 2 (Não-Caso) em relação a queixa apresentada e/ou a parte do corpo submetida a cirurgia plástica estética.

VARIÁVEL		G 1 – CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
QUEIXA / CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA	Parte exposta	10	66,67%	7	46,66%
	Parte encoberta	5	33,33%	8	53,34%
TOTAL		15	100%	15	100%

No que diz respeito à queixa apresentada pelo Grupo 1 – Caso tem-se que 66,67% 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, etc; e 33,33% dos participantes possuem queixa em relação a partes do corpo que são encobertas ou podem ser escondidas por meio de camuflagem como maquiagens, roupas especiais, etc, tais como os ombros, as pernas, os seios, a barriga, etc. As queixas mais frequentes no paciente com TDC envolvem a pele, a face e o nariz (Sarwer, Wadden, Pertschuk & Whitaker, 1998).

No Grupo 2 – Controle observa-se a maioria dos participantes com queixas de partes encobertas do corpo (53,34%) e 46,66% possuem queixas de partes do corpo que ficam expostas.

Em relação a análise intragrupo do G1 obteve-se um X_o^2 de 0,16 não rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l. = 1; n.sig = 0,05), mostrando que não há diferença estatística significativa entre as duas variáveis. Para o G2 o X_o^2 foi de 0,06 não rejeitando a hipótese nula de que não haveria uma diferença estatística significativa entre as variáveis apresentadas ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l. = 1; n.sig = 0,05).

Em relação a análise intergrupo o X_o^2 foi calculado em 0,54 o que determinou a não rejeição da hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l = 1; n.sig = 0,05).

c. Grupo 3 (G3)

Este grupo foi composto por cinco profissionais, sendo três da área de Psicologia Clínica e dois de Psiquiatria que foram os Juízes 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 dados sobre o Grupo 3 são especificados na Tabela 8.

Tabela 8. Caracterização do Grupo 3 (Especialidade profissional e tempo de formação).

ESPECIALIDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO
PSICÓLOGO 1	4 anos
PSICÓLOGO 2	16 anos
PSICÓLOGO 3	20 anos
PSIQUIATRA 1	10 anos
PSIQUIATRA 2	15 anos

MATERIAL

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

Roteiro para conversar com os cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras (Anexo 1)

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o cirurgião plástico, psicólogos e psiquiatras (Anexo 2)

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

Roteiro para os cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras contatarem os pacientes (Anexo 3)

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Participante – G1 e G2 (Anexo 4)

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

- * Sigilo de identificação;
- * Conhecimento dos resultados; e
- * Possibilidade de abandonar a pesquisa a qualquer momento.

Roteiro para caracterização e entrevista dos participantes (Anexo 5)

Este instrumento teve como objetivo levantar informações pessoais e sociais (idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, profissão/ocupação), e informações referentes

a dados clínicos, no qual constou também os indicadores de TDC de acordo com o DSM IV-R.

Questionários de diagnóstico do TDC que foram utilizados como referência para a construção do instrumento da presente pesquisa *

Os instrumentos são:

- a) *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS) - Phillips, K.A. (1993).*
- b) *Body Dysmorphic Disorder Examination – Dufresne, R.G., Phillips, K.A., Vittorio, C.C. e Wilkel, C.S. (1994).*
- c) *Body Dysmorphic Disorder Examination - Self Report (BDDE-SR) – Rosen, J.C e Reiter, J. (1996).*
- d) *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version (BDDQ-DV) – Dufresne, R.G., Phillips, K.A., Vittorio, C.C. e Wilkel, C.S (2001).*

Ficha de análise dos juízes (Anexo 6)

Esta ficha com base no conceito do TDC (DSM-IV-R), foi entregue aos juízes com o objetivo de realizar a análise teórica de construto dos itens e apresentar possíveis contribuições para o instrumento auxiliar de diagnóstico do TDC.

* Para obter maiores informações desses instrumentos entre em contato com a autora da presente pesquisa.

PROCEDIMENTO

O procedimento da pesquisa seguiu as seguintes etapas:

Etapa I – Levantamento Bibliográfico

Realizou-se a revisão da literatura nacional e internacional sobre transtorno dismórfico corporal e a seleção de uma definição de conteúdo desse construto que fundamentasse a criação de itens para o instrumento. Como foi apresentado na introdução, selecionou-se os critérios diagnósticos propostos pelo DSM-IV-R (1994), e critérios apresentados em trabalhos científicos sobre o transtorno.

Etapa II – Levantamento dos Instrumentos e Escalas do TDC

Efetuuou-se uma pesquisa e o levantamento dos instrumentos pré-existentes de diagnóstico do TDC, dos quais quatro foram selecionados e serviram como referência para a construção do instrumento da presente pesquisa.

Etapa III – Tradução dos Instrumentos e Escalas pré-existentes de diagnóstico do TCD

As escalas e instrumentos levantados na literatura (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS)* - Phillips, K.A. 1993 / *Body Dysmorphic Disorder Examination* – Dufresne, R.G., Phillips, K.A., Vittorio, C.C. e Wilkel, C.S. 1994 / *Body Dysmorphic Disorder Examination - Self Report (BDDE-SR)* – Rosen, J.C e Reiter, J. 1996 / *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version (BDDQ-DV)* – Dufresne, R.G., Phillips, K.A., Vittorio, C.C. e Wilkel, C.S 2001), estavam todos originalmente no idioma inglês. Este material foi traduzido para a língua portuguesa,

encontrando-se desta forma as duas versões em anexo. A tradução de cada instrumento foi realizada por um profissional especializado e após esta tradução os questionários foram passados para outro profissional que voltou a traduzi-los para o inglês.

Etapa IV – Elaboração dos itens da Escala auxiliar de diagnóstico do TDC para profissionais da área da saúde

A partir deste ponto foi elaborada uma matriz (Tabela 1) com base nos critérios do DSM IV-R, nos trabalhos realizados na área de transtorno dismórfico corporal e nos instrumentos pré-existentes sobre TDC.

Nesta matriz, os critérios do DSM-IV-R foram incluídos como categorias, ou seja, os critérios eram os fatores de respostas do TDC. Para cada fator ou categoria foi realizada uma descrição operacional em termos comportamentais. O fato da escala estar sendo construída para a utilização por profissionais da área da saúde, ou seja, ela não se limita a psicólogos e psiquiatras mas abrange as áreas médicas (especialmente cirurgiões plásticos e dermatologistas) fez com que a autora optasse em manter os critérios do DSM-IV-R como fatores. Julgou-se que desta forma a compreensão e a aplicação da escala por parte destes profissionais fosse facilitada.

Entretanto, tendo como base a abordagem da Análise do Comportamento, a autora descreveu os fatores em termos comportamentais e utilizou essa descrição como referência.

Os fatores com as respectivas descrições comportamentais encontram-se abaixo:

Fator 1 - Preocupação com um imaginado defeito na aparência.

- Insatisfação com a aparência física.
- Preocupação com alguma parte do corpo.
- Não existência de defeito nesta parte do corpo.

Fator 2 - Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.

- 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.

Fator 3 - A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo.

- 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”.

Fator 4 - Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia.

- 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.

Após a descrição operacional em termos comportamentais das quatro categorias, foram elaborados 50 itens preliminares (primeira versão da escala – Anexo 7). Esses itens foram revisados e aqueles com maior qualidade foram retidos para compor a segunda versão do instrumento de TDC para a área da saúde. Os critérios de seleção foram: objetividade, clareza, redação e pertinência (já explicados na introdução do trabalho). Assim, 10 itens foram descartados e a segunda versão da escala ficou com 40 itens (Anexo 8).

Etapa V – Elaboração da Escala Likert

Foi realizada a organização dos itens em escala tipo Likert de quatro pontos. Este número foi especificado para amenizar futuros problemas de uma predisposição em assinalar a resposta central. Essa predisposição já foi estudada por diversos autores como Fernberger (1914 descrito em Engelmann, 1978) o qual notou predisposições individuais de emitir um número maior ou menor de respostas centrais, independentemente dos processos sensoriais envolvidos, através de determinações de limiares diferenciais com o método dos limites. Guilford (1954 descrito em Engelmann, 1978) também discute essa predisposição a respostas

centrais denominando-a de erro de tendência central. Além disso, Tannenbaum (1957 descrito em Engelmann, 1978) faz menção a dois estudos nos quais indivíduos simultaneamente ansiosos e de QI baixo e indivíduos julgados por seus amigos como possuidores de uma “personalidade constrangida” possuem uma propensão a assinalar os intervalos centrais.

A escala likert utilizada no instrumento da presente pesquisa encontra-se abaixo:

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

Etapa VI – Análise de Juízes – Validade de Conteúdo

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:

$$IC = \frac{A}{A + D} \times 100$$

$$A + D$$

Onde:

IC – Índice de Concordância.

A – Acordos.

D – Desacordos.

Os profissionais receberam três listas (Anexo 14). A primeira lista continha as instruções para a análise, os itens da escala e a matriz de conteúdo, ou seja, as categorias e as descrições operacionais em termos comportamentais do transtorno dismórfico corporal; a segunda, em forma de tabela continha os números relacionados aos itens da escala descritos à

esquerda e as categorias relacionadas acima. No lado esquerdo da tabela os profissionais marcaram com um X a resposta que acreditaram que o item estava representando. A terceira lista era o instrumento propriamente dito, ou seja, os itens e a escala likert de quatro pontos. Foi solicitado aos juízes que marcassem somente uma categoria para cada item, conforme as instruções, evitando que houvesse uma possível dispersão. Na análise da porcentagem, o critério de concordância entre juízes, quanto aos itens referentes as categorias, foi de pelo menos 80%. Os itens que não obtiveram esse índice foram descartados.

Etapa VII – Apresentação da terceira versão da escala (Anexo 9)

Após a análise dos juízes foram retirados cinco itens que não obtiveram mais de 80% de concordância, e foi, então, proposta a terceira versão do instrumento auxiliar de diagnóstico do TDC para profissionais da área da saúde, o qual foi posteriormente aplicado ao Grupo 1 – Caso e Grupo 2 – Controle.

Etapa VIII – Coleta de dados

Nesta etapa os cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras foram contatados. Seguindo o roteiro para conversar com os cirurgiões plásticos (Anexo 1) 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 e aqueles que não apresentavam. Depois de assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2) para participarem da pesquisa, estes profissionais foram orientados sobre como entrar em contato e convidar os pacientes a participarem (Roteiro para contatarem os pacientes – Anexo 3). Seguindo este roteiro previamente dado e explicado pela pesquisadora, os profissionais convidaram tanto os

pacientes que confirmaram a manutenção dos problemas relacionados à aparência quanto aqueles que não as possuíam dizendo que eles iriam participar de uma pesquisa que teria como objetivo investigar quais as insatisfações sobre a aparência física nas pessoas. 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 conseqüências de um rótulo. Então os profissionais passavam os telefones de contato dos pacientes para a pesquisadora que marcava o primeiro encontro com aqueles que aceitavam participar.

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 4) 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, da amostra indicada pelos profissionais, aqueles que apresentavam o diagnóstico de TDC segundo os critérios do DSM-IV-R para o Grupo 1 – Caso e aqueles que não apresentavam o diagnóstico de TDC pelo DSM IV para compor o Grupo 2 – Não Caso, através da entrevista de caracterização dos participantes (Anexo 5). Posteriormente era aplicada a terceira versão da escala auxiliar de diagnóstico do TDC para ambos os grupos. É importante ressaltar que a entrevista de caracterização do participante foi lida pela pesquisadora e a escala sobre o TDC foi lida e respondida pelo participante. Após 20 dias a escala foi reaplicada aos dois grupos de participantes.

Etapa IX – Análise Quantitativa

1. Realização da medição do *KMO – Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*.

2. Análise fatorial exploratória dos itens para avaliar a validade de construto e envolveu três informações:
 - a) Porcentagem de explicação da variabilidade total por meio da análise dos componentes principais;
 - b) Comunalidades;
 - c) Cargas fatoriais por meio da rotação Varimax.
3. Realização do *Teste T de Wilcoxon* para avaliar a validade discriminativa. Estudou-se a validade discriminativa da escala, ou seja, o objetivo foi verificar se o instrumento era sensível para discriminar a população clínica da população não clínica.
4. Realização da Correlação de *Pearson* para avaliar a precisão teste - reteste. Realizou-se, após 20 dias, mais uma aplicação da escala de TDC nos dois grupos (G1 e G2), individualmente.
5. Análise da consistência interna do instrumento por meio do cálculo do Coeficiente Alpha (α) de Crombach.

RESULTADOS

Tendo como referência o modo como foi apresentado o procedimento da pesquisa, julgou-se mais adequado discuti-los em termos dos dados obtidos em cada uma das etapas especificadas anteriormente, integrando e incorporando os resultados das etapas advindas na fase antecedente. Desta forma, é possível ter uma visão mais dinâmica que facilita o entendimento das conclusões e considerações finais.

Etapa I – Levantamento Bibliográfico e Construção da Matriz de Conteúdo

O transtorno dismórfico corporal é apresentado, na maioria dos trabalhos que foram analisados pela autora do presente estudo, com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV (1994). Assim, a classificação psiquiátrica é a mais utilizada para discutir o diagnóstico, o curso, os principais sintomas, a prevalência e o tratamento farmacológico do TDC nos estudos pesquisados.

Desta forma, para o DSM-IV (1994) o diagnóstico do transtorno dismórfico corporal engloba quatro critérios: 1. Preocupação com um imaginado defeito na aparência; 2. Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva; 3. A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo e; 4. Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia.

Esses critérios são amplos e, alguns deles, subjetivos. Não delimitam exatamente os comportamentos que fazem parte do TDC e por isso optou-se em não se basear somente nestes critérios. Entretanto, a escala auxiliar de diagnóstico do TDC construída pela autora da presente pesquisa, tem como objetivo servir de instrumento para diversos profissionais da área da saúde, e não somente para psicólogos, e por isso se deu a escolha pelos critérios diagnósticos do DSM-IV (1994), utilizando-os como os quatro fatores da matriz de conteúdo do TDC que serviu como base para a construção do instrumento. A utilização dos critérios do DSM-IV tem o objetivo de facilitar a comunicação entre os profissionais da área da saúde.

Essas categorias foram então descritas operacionalmente em termos comportamentais, tendo como parâmetro a Análise do Comportamento e um trabalho pioneiro sobre o transtorno dismórfico corporal com base nesta abordagem (Moriyama, 2003).

Para a seleção de uma definição de conteúdo do construto TDC que fundamentasse a criação de itens para o instrumento, utilizou-se então os trabalhos baseados no DSM-IV, como fatores e o estudo de Moriyama (2003) referente à avaliação do transtorno pela Análise do Comportamento para a descrição operacional destas categorias (como já descrito na Tabela 1 e no Procedimento da presente pesquisa).

Etapa II – Levantamento dos Instrumentos e Escalas do TDC

Estudos sobre instrumentos e escalas de diagnóstico do TDC são escassos. A maioria dos estudos de construção ou validação de instrumentos para o TDC baseia-se em escalas de diagnóstico do transtorno obsessivo-compulsivo e dos transtornos alimentares. Assim, foram levantados nove instrumentos, a saber:

1. Body Shape Questionnaire - BSQ (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987)
2. Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – MBSRQ (Brown, Cash & Mikulka, 1990)
3. Body Dissatisfaction Scale - BDS (Gardner, 1991)
4. Overvalued Ideation Scale - OIS (Neziroglu e Yaryura-Tobias, 1993).
5. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder - BDD-YBOCS (Phillips, 1993).
6. Body Dysmorphic Diagnostic Module (Phillips, 1994).
7. Body Dysmorphic Disorder Examination – BDDE (Dufresne, Phillips, Vittorio, & Wilkel, 1994).
8. Body Dysmorphic Disorder Examination - Self Report - BDDE-SR (Rosen, & Reiter, 1996).
9. Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version - BDDQ-DV (Dufresne, Phillips, Vittorio, & Wilkel, 2001).

Cada um destes instrumentos foi abordado na Introdução deste estudo. É importante ressaltar que não foi encontrado nenhum instrumento de diagnóstico do TDC no Brasil.

A seleção dos quatro instrumentos, que tiveram como objetivo nortear a construção da escala auxiliar de diagnóstico do TDC para profissionais da área da saúde, utilizou como critérios:

a) pelo menos um instrumento que tenha sido validado e que abranja todos os aspectos do TDC com base no DSM-IV (1994).

Instrumento selecionado: Body Dysmorphic Disorder Examination – BDDE (Dufresne, Phillips, Vittorio, & Wilkel, 1994).

b) pelo menos um instrumento que seja auto-aplicável e que seja específico para o diagnóstico do TDC.

Instrumento selecionado: Body Dysmorphic Disorder Examination - Self Report - BDDE-SR (Rosen, & Reiter, 1996).

c) pelo menos um instrumento que discrimine as obsessões e compulsões do paciente com TDC dos pacientes com TOC (já que muitos autores discutem o diagnóstico diferencial dos dois transtornos mais do que qualquer outro transtorno, como já discutido na introdução deste trabalho).

Instrumento selecionado: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder -BDD-YBOCS (Phillips, 1993).

d) pelo menos um instrumento de diagnóstico do TDC construído para a prática médica e não para a prática da Psicologia e Psiquiatria.

Instrumento selecionado: Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version - BDDQ-DV (Dufresne, Phillips, Vittorio, & Wilkel, 2001).

Esses critérios de seleção dos instrumentos vêm de encontro aos objetivos da pesquisa que engloba a construção de uma escala auxiliar de diagnóstico do TDC, e não um instrumento de diagnóstico, mas uma escala que sirva de instrumento para o uso de profissionais da área da saúde e não somente das áreas de Psicologia e Psiquiatria e, que fosse auto-aplicável.

Etapa III – Tradução dos Instrumentos e Escalas pré-existentes de diagnóstico do TCD

É usual no processo de tradução de instrumentos, recorrer-se ao uso de juízes bilíngües, ou de tradutores profissionais especializados nos dois idiomas em questão, para que se tenha um maior grau de confiabilidade na tradução. Um procedimento complementar a este, é o de utilizar outro grupo de juízes independente do primeiro e solicitar que voltem a traduzir a escala para o idioma original (*back ward translation*). Se os itens traduzidos voltarem a sua forma anterior, isto implica que eles têm o mesmo significado. Assim, neste trabalho utilizou-se basicamente este procedimento. O único ponto divergente diz respeito ao número de profissionais envolvidos que, ao invés de dois grupos optou-se por apenas dois profissionais.

Não houve problemas na tradução dos instrumentos; algumas palavras foram retraduzidas por outras que não estavam no original, mas eram sinônimos e não prejudicaram a informação contida no instrumento. Assim a palavra em português foi mantida. Um exemplo disso foi a questão: "*Are you always as worried that other people notice your _____?*" (Anexo 9 - *Body Dysmorphic Disorder Examination – Rosen, J.C & Reiter, J. 1996*), traduzida por: "*Você está sempre tão preocupado que outras pessoas notem seu(sua) _____?*" e traduzida novamente por: "*Are you always as worried that other people look your _____?*". Além disso, os instrumentos foram utilizados como referências para a construção da escala auxiliar de diagnóstico do TDC, então nenhuma questão ou item foi utilizado na íntegra ou parcialmente para a criação da escala da presente pesquisa.

Etapa IV – Elaboração dos itens da Escala auxiliar de diagnóstico do TDC para profissionais da área da saúde.

Com base na matriz de conteúdo do construto do TDC foram elaborados inicialmente 50 itens (Anexo 7). Para a composição desses itens levou-se em consideração as quatro áreas e as descrições operacionais destes fatores, sendo que, desta forma, o número de itens por área foi:

Área 1 – Preocupação com um imaginado defeito na aparência. = 10 itens (Itens 1+, 3+, 4+, 10-, 12+, 20+, 21+, 32+, 36+ e 45+).

Área 2 – Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva. = 12 itens (Itens 6+, 8+, 9+, 13+, 15+, 16+, 17-, 35+, 40+, 42+, 47+, 50+).

Área 3 – A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo. = 24 itens (Itens 2+, 5+, 7+, 11+, 14+, 18+, 19+, 22+, 23+, 24+, 25+, 26+, 28+, 30+, 31+, 33+, 34+, 37+, 38+, 39+, 40+, 43+, 48+, 49+).

Área 4 – Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia. = 4 itens (Itens 25+, 29-, 44-, 46+).

Tem-se a área três com mais itens e a quatro com um menor número de itens, pois se optou por não modificar os critérios do DSM-IV. Pelo fato do critério 3 descrever mais comportamentos do indivíduo com TDC tiveram que ser criados mais itens para englobar todos os sintomas descritos neste critério.

Entretanto, a autora revisou estes 50 itens e descartou aqueles que não possuíam clareza, objetividade, precisão e pertinência. Os itens descartados foram:

3. A minha aparência física possui um defeito e por isso me sinto muito triste.

10. Não me preocupo freqüentemente com a parte do corpo da qual não gosto.

14. Não gosto de olhar no espelho por causa da parte do corpo que considero defeituosa.

19. Deixo de fazer muitas das coisas que deveria por causa do defeito na minha aparência física.

31. Não consigo me sentir bem na maioria das situações por causa da parte do meu corpo da qual não gosto.

35. A minha percepção me diz que a maioria das pessoas me vêem diferente do que eu sou por causa do defeito na minha aparência física.

37. Prefiro ficar em casa a sair por causa do defeito em minha aparência física.

48. Me sinto muito angustiado(a) quando comparo a minha aparência física com a de outras pessoas.

49. A maioria das vezes tento esconder meu defeito na aparência por meio de maquiagem ou roupas especiais.

50. Fico preocupado(a) se as pessoas olham para mim, pois estão olhando para o meu defeito.

A escala ficou composta então por 40 itens (Anexo 8). Esta foi submetida à análise de juízes e foram descartados mais 5 itens, restando 35 no total. (Como será discutido nos passos posteriores).

Cada item do instrumento possui uma escala Likert de quatro pontos para amenizar futuros problemas de uma predisposição em assinalar a resposta central, como já discutido anteriormente no Procedimento da presente pesquisa. A escala Likert se apresenta abaixo:

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

Etapa V – Análise de Juízes – Validade de Conteúdo e Terceira Versão da Escala

Nessa etapa foi realizada a análise teórica dos itens pelos profissionais do Grupo 3, que responderam a análise de juízes. O critério de concordância entre os juízes, com relação aos itens e sua inclusão em um dos quatro fatores foi de no mínimo 80%. Houve cinco itens descartados por não alcançarem esse índice.

Na Tabela 9 está especificada a porcentagem de concordância dos juízes nos 40 itens da escala, nos quatro fatores: 1. Preocupação com um imaginado defeito na aparência; 2. Ligeira anomalia física presente, e preocupação do indivíduo acentuadamente excessiva; 3. A preocupação causa sofrimento significativo e, 4. A preocupação é restrita a aparência física.

Tabela 9. Concordância Percentual dos Juízes nas quatro Categorias.

Itens da Escala	Preocupação com um imaginado defeito na aparência	Ligeira anomalia física presente, e preocupação do indivíduo acentuadamente excessiva.	A preocupação causa sofrimento significativo.	A preocupação é restrita a aparência física.
1. Estou me sentindo muito insatisfeito(a) com a minha aparência física.	100%	—	—	—
2. Realizei diversos tratamentos cosméticos / estéticos com o objetivo de melhorar a minha aparência física.	—	—	100%	—
3. Tenho estado muito infeliz por causa de uma parte do meu corpo que considero defeituosa.	80%	—	20%	—
4. Não realizo atividades físicas e/ou esportes por causa do meu defeito na minha aparência física.	—	20%	80%	—
5. Posso um defeito na minha aparência física (especificamente em uma parte de meu corpo).	—	60%	40%	—
6. Não me sinto competente no meu trabalho por causa do defeito em minha aparência física.	—	—	80%	20%
7. Penso frequentemente na parte do corpo da qual não gosto.	—	100%	—	—
8. As pessoas frequentemente olham para a parte de meu corpo da qual não gosto.	—	100%	—	—
9. Comparo a minha aparência física com a de outras pessoas em revistas e tv.	—	20%	80%	—
10. Uma parte específica do meu corpo tem um defeito que me deixa muito angustiado(a).	100%	—	—	—
11. Avalio-me negativamente devido a minha aparência física e a parte de meu corpo da qual não gosto.	—	100%	—	—
12. Eu acredito que as pessoas me tratam diferente por causa do meu defeito na aparência física.	—	80%	20%	—

13. Não me sinto atraente por causa do defeito na minha aparência física.	—	60%	40%	—
14. Eu acredito que a minha preocupação com determinada parte de meu corpo é exagerada.	—	100%	—	—
15. 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.	—	—	100%	—
16. 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).	—	—	100%	—
17. Eu me sinto ansioso(a) quando percebo alguém olhando para mim.	40%	60%	—	—
18. Olho no espelho cinco ou mais vezes por dia para checar como está a parte do corpo da qual não gosto.	—	20%	80%	—
19. Já realizei mais de duas cirurgias plásticas com objetivo de melhorar a minha aparência física.	—	20%	80%	—
20. A minha preocupação com a aparência física tem interferido na minha vida social.	—	—	100%	—
21. Minha preocupação com a aparência física não se relaciona com a forma ou tamanho do meu corpo.	20%	—	—	80%
22. Me preocupo mais com a minha aparência física quando em situações sociais com colegas de trabalho, amigos, família, etc.	—	—	80%	—
23. Evito contato sexual por causa da parte de meu corpo da qual não gosto.	—	—	100%	—
24. 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.	—	20%	80%	—
25. Minha preocupação com a aparência física está relacionada a insatisfação com a minha sexualidade / opção sexual.	—	—	—	100%
26. Evito olhar para o meu corpo, particularmente para a parte de minha aparência da qual não gosto	—	—	100%	—
27. Eu me preocupo demasiadamente com uma parte de meu corpo	20%	80%	—	—
28. Evito contatos físicos próximos como abraços e beijos por causa da parte de meu corpo da qual não gosto.	—	—	100%	—
29. Comparo a minha aparência física com a de outras pessoas ao meu redor.	—	20%	80%	—
30. Sempre que penso no meu defeito na aparência física sinto muita angústia	80%	—	20%	—
31. Realizei diversos tratamentos cosméticos / estéticos com o objetivo de corrigir o defeito em minha aparência física.	—	20%	80%	—
32. 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.	—	20%	80%	—
33. Uma parte específica do meu corpo me causa extrema preocupação	80%	20%	—	—
34. Não consigo fazer a maioria das coisas que preciso no meu dia a dia por causa do defeito na minha aparência física.	—	—	100%	—

35. As pessoas comentam sobre o meu defeito na minha aparência física para mim sem que eu pergunte a elas.	20%	40%	40%	—
36. Evito sair de casa por causa da(s) parte(s) de meu corpo da(s) qual(is) não gosto.	—	—	100%	—
37. 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.	—	20%	—	80%
38. Sinto muita raiva por ter um defeito na minha aparência física.	80%	—	20%	—
39. A minha preocupação com a aparência não está relacionada a preocupação com meu peso corporal.	—	—	—	100%
40. Eu tenho percepção de que a minha preocupação com a minha aparência física é exagerada.	—	40%	60%	—

Na Tabela 9 os itens em negrito: 5 – “Possuo um defeito na minha aparência física (especificamente em uma parte de meu corpo”); 13 – “Não me sinto atraente por causa do defeito na minha aparência física”; 17 – “Eu me sinto ansioso(a) quando percebo alguém olhando para mim”; 35 – “As pessoas comentam sobre o meu defeito na minha aparência física para mim sem que eu pergunte a elas” e, 40 – “Eu tenho percepção de que a minha preocupação com a minha aparência física é exagerada”, foram os itens descartados, pois não obtiveram no mínimo 80% de concordância entre os cinco juízes.

Os itens que obtiveram concordância em 100% na **Área 1** (Preocupação com um imaginado defeito na aparência) foram: 1 – “Estou me sentindo muito insatisfeito(a) com a minha aparência física” e, 10 – “Uma parte específica do meu corpo tem um defeito que me deixa muito angustiado(a)”.

Os itens que obtiveram concordância somente na **Área 2** (Ligeira anomalia física presente, e preocupação do indivíduo acentuadamente excessiva), foram: 7 – “Penso freqüentemente na parte do corpo da qual não gosto”, 8 - “As pessoas freqüentemente olham para a parte de meu corpo da qual não gosto”, 11 - “Avalio-me negativamente devido a minha aparência física e a parte de meu corpo da qual não gosto”, 14 – “Eu acredito que a minha preocupação com determinada parte de meu corpo é exagerada”.

Observou-se que muitos itens obtiveram concordância em 100% na **Área 3** (A preocupação causa sofrimento significativo). São eles: 2 – *“Realizei diversos tratamentos cosméticos / estéticos com o objetivo de melhorar a minha aparência física”*, 15 – *“ 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”*, 16 – *“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)”*, 20 – *“A minha preocupação com a aparência física tem interferido na minha vida social”*, 23 – *“ Evito contato sexual por causa da parte de meu corpo da qual não gosto”*, 26 – *“Evito olhar para o meu corpo, particularmente para a parte de minha aparência da qual não gosto”*, 28 – *“Evito contatos físicos próximos como abraços e beijos por causa da parte de meu corpo da qual não gosto”*, 34 – *“Não consigo fazer a maioria das coisas que preciso no meu dia a dia por causa do defeito na minha aparência física”*, 36 – *“Evito sair de casa por causa da(s) parte(s) de meu corpo da(s) qual(is) não gosto.”*

Os itens que obtiveram concordância em 100% na **Área 4** (A preocupação é restrita a aparência física) incluíram: 39 – *“A minha preocupação com a aparência não está relacionada a preocupação com meu peso corporal”*, 25 – *“Minha preocupação com a aparência física está relacionada a insatisfação com a minha sexualidade / opção sexual”*.

Tem-se ainda que 16 itens obtiveram 80% de concordância entre os juízes. Na **Área 1** tem-se os itens: 3. *“Tenho estado muito infeliz por causa de uma parte do meu corpo que considero defeituosa”*; 30. *“Sempre que penso no meu defeito na aparência física sinto muita angústia”*; 33. *“Uma parte específica do meu corpo me causa extrema preocupação”* e; 38. *“Sinto muita raiva por ter um defeito na minha aparência física”*. Na **Área 2** foram englobados os itens: 12. *“Eu acredito que as pessoas me tratam diferente por causa do meu*

defeito na aparência física” e; 27. “Eu me preocupo demasiadamente com uma parte de meu corpo”. Tem-se na **Área 3** os itens: 4. “Não realizo atividades físicas e/ou esportes por causa do meu defeito na minha aparência física”; 6. “Não me sinto competente no meu trabalho por causa do defeito em minha aparência física”; 9. “Comparo a minha aparência física com a de outras pessoas em revistas e tv”; 18. “Olho no espelho cinco ou mais vezes por dia para checar como está a parte do corpo da qual não gosto”; 19. “Já realizei mais de duas cirurgias plásticas com objetivo de melhorar a minha aparência física”; 22. “Me preocupo mais com a minha aparência física quando em situações sociais com colegas de trabalho, amigos, família, etc”; 24. “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”; 29. “Comparo a minha aparência física com a de outras pessoas ao meu redor”; 31. “ Realizei diversos tratamentos cosméticos / estéticos com o objetivo de corrigir o defeito em minha aparência física” e; 32. “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”.

Desta forma, tem-se cinco itens descartados; dois itens com 100% de concordância na **Área 1**; quatro itens na **Área 2**, nove na **Área 3** e, dois na **Área 4**. Além disso, 16 itens obtiveram 80% de concordância, para uma área, entre os juízes.

Após a análise teórica dos itens, a escala piloto ficou composta por 35 itens, que descrevem o diagnóstico do transtorno dismórfico corporal nas categorias apresentadas e que deve ser respondida numa escala de quatro pontos de tipo Likert (Anexo 9). Assim, o instrumento ficou pronto para a aplicação nas amostras do Grupo 1 e Grupo 2.

Etapa VI – Aplicação do roteiro de entrevista e composição das amostras

Para a seleção dos participantes do G1 e do G2 foi aplicado o Roteiro de Entrevista dos Participantes (Anexo 5).

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 Grupo 1 e do Grupo 2. 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 todos os 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, familiar, etc. Os dados do roteiro de entrevista para a seleção dos grupos encontra-se adiante (Tabela 10 a Tabela 20).

A Tabela 10 objetiva mostrar o percentual de participantes do G1 e G2 que possuíam alguma preocupação com determinada parte de seu corpo.

Tabela 10. Preocupação com alguma parte do corpo.

QUESTÃO		G 1 - CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
Você se preocupa muito com alguma parte de seu corpo (se sente insatisfeito(a) e/ou acha feio(a))?	Sim	15	100%	7	46,66%
	Não	---	---	8	53,34%
TOTAL		15	100%	15	100%

Os dados da Tabela 10 mostram que 100% dos participantes do Grupo1 – Caso possuem preocupação intensa com determinada parte do corpo. Em relação aos participantes do Grupo 2 - Controle tem-se 46,66% dos respondentes com preocupação intensa e 53,34% relataram não possuir nenhuma preocupação com nenhuma parte do corpo.

Em relação a análise intragrupo do G2 encontrou-se um X_o^2 de 0,06 não rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l. = 1; n.sig = 0,05), mostrando que não há diferença estatística significativa entre as duas variáveis.

Em relação a análise intergrupo o X_o^2 foi calculado em 8,35 o que determinou a rejeição da hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l. = 1; n.sig = 0,05), mostrando haver diferença estatística significativa entre os dados dos dois grupos.

Tabela 11. Parte do corpo que causa preocupação.

QUESTÃO		G 1 - CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
Que parte(s)?	Nariz	5	40,00%	1	14,28%
	Face	2	20,00%	---	---
	Ombros	1	6,67%	---	---
	Orelhas	1	6,67%	---	---
	Pernas	1	6,67%	---	---
	Queixo	2	13,32%	---	---
	Seios	1	6,67%	1	14,28%
	Barriga	2	---	4	57,16%
	Braços	---	---	1	14,28%
TOTAL		15	100%	7	100%

Os dados obtidos na Tabela 11 mostram que a grande maioria dos participantes do G1 se preocupam com o nariz (40,00%), enquanto os respondentes do G2 indicaram a barriga como parte causadora de preocupação (57,16%). A segunda maior preocupação dos participantes do G1 se refere à face (20,00%), já no G2 a preocupação com nariz, seios e braços aparecem com a mesma percentagem (14,28%). Em terceiro lugar no G1 se apresenta a preocupação com o queixo (13,32%) seguido dos ombros, orelhas, pernas e seios com 6,69% cada.

Em relação a análise intragrupo do G1 encontrou-se um X_o^2 de 7,94 não rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 15,51$; n.g.l. = 8; n.sig = 0,05), mostrando que não há diferença estatística significativa entre as quatro variáveis. Para o G2 o X_o^2 foi de 3,85 não rejeitando a hipótese nula de que não haveria uma diferença estatística significativa entre as variáveis de respostas apresentadas ($X_c^2 = 7,82$; n.g.l. = 3; n.sig = 0,05).

O cálculo da análise intergrupo foi inviável.

Tabela 12. Angústia como consequência dos pensamentos sobre a parte do corpo da qual não gosta.

QUESTÃO		G 1 - CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
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?	Sim	15	100%	---	---
	Não	---	---	15	100%
TOTAL		15	100%	15	100%

Quando questionados sobre o nível de intensidade dos 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 100% dos respondentes do Grupo 2 disseram não pensarem tanto 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.

Tabela 13. Frequência dos pensamentos sobre a parte do corpo da qual não gosta.

QUESTÃO		G 1 – CASO	
		F	F%
Quantas vezes por dia?	Até 5 vezes	---	---
	De 5 à 15 vezes	2	13,32%
	De 16 à 25 vezes	4	26,67%
	De 26 à 35 vezes	4	26,67%
	De 36 à 45 vezes	1	6,67%
	Mais de 45 vezes	4	26,67%
TOTAL		15	100%

Na Tabela 13 tem-se os dados somente dos participantes do Grupo 1 – Caso, pois estes responderam afirmativamente ao fato dos pensamentos sobre determinada parte do corpo o angustiarem ou atormentarem, e por isso foi-lhes questionado quantas vezes por dia ocorriam estes pensamentos. Tem-se que 26,67% dos participantes pensam sobre determinada parte do corpo de 16 à 25 vezes, de 26 à 35 vezes e mais de 45 vezes. A menor porcentagem 6,67% se relaciona a participantes com uma frequência de pensar sobre o assunto de 36 à 45 vezes. Os dados mostram ainda que 13,32% dos respondentes indicaram o item de 5 à 10 vezes por dia.

No que diz respeito a análise intragrupo, obteve-se um X_o^2 de 2,98 não rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 11,07$; n.g. = 5; n.sig = 0,05), mostrando que não há diferença estatística significativa entre as respostas sobre a frequência dos pensamentos sobre a parte do corpo da qual não gosta.

Tabela 14. Interferência no funcionamento social, ocupacional, familiar ou em outras funções diárias.

QUESTÃO		G 1 - CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
Essa sua preocupação com a aparência	Sim	14	93,34%	---	---

tem interferido negativamente na escola, faculdade, trabalho ou em outras funções diárias?	Não	1	6,66%	15	100%
TOTAL		15	100%	15	100%

Nenhum participante do G2 respondeu que a preocupação com a aparência física causa interferência em suas atividades diárias. Entretanto 93,34% dos participantes do G1 disseram que isto ocorre, contra 6,66% que relataram não haver interferência no funcionamento social, ocupacional e/ou familiar por conta de sua preocupação com a aparência física.

No que diz respeito a análise intragrupo do G1, obteve-se um X_o^2 de 11,26 rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l. = 1; n.sig = 0,05), mostrando que há diferença estatística significativa entre as respostas.

Tabela 15. Especificação das funções as quais possui prejuízo no seu funcionamento.

QUESTÃO		G 1 - CASO	
		F	F%
Especifique quais funções.	Lazer	15	100%
	Trabalho	13	86,67%
	Família	8	53,34%
	Escola/ Faculdade	4	26,67%

Na Tabela 15 têm-se os dados somente dos participantes do Grupo 1 – Caso, pois estes responderam afirmativamente ao fato da preocupação com a aparência física causar interferência em suas atividades diárias e, por isso, foi-lhes questionado quais as funções que são prejudicadas. É importante ressaltar que esta questão era de múltipla escolha não excludente, ou seja, o respondente poderia assinalar tantas alternativas quantas fossem necessárias, o que levou a uma totalização maior que 15 respostas e que 100%. Desta forma, tem-se que a área que possui o maior prejuízo no funcionamento da vida do indivíduo é a de lazer (100% de respostas), seguida do campo de trabalho (86,67% de respostas). Tem-se

ainda uma porcentagem de 53,34% de respostas na área familiar e 26,67% de respostas indicando prejuízos na área escolar / faculdade.

O cálculo da análise intragrupo foi inviável.

Tabela 16. Forma com que ocorre a interferência no funcionamento social, familiar, ocupacional ou em outros campos da vida.

ITENS	G 1 - CASO	
	F	F%
Não participo de festas e/ou churrascos da empresa.	12	80,00%
Não consigo fazer as coisas na minha casa.	11	73,34%
Há muito tempo não tenho relação sexual por causa da preocupação (com a parte do corpo da qual não gosta).	10	66,67%
Meus amigos se afastaram de mim.	7	46,67%
Minha família me isola.	6	40,00%
Choro muito por causa da minha aparência física.	5	33,34%
Não consigo fazer exercícios físicos.	5	33,34%
Poderia me sair melhor na faculdade.	4	26,67%
Não participo de festas e/ou churrascos da minha família e amigos	4	26,67%
As pessoas não gostam de mim por causa disso (parte do corpo da qual não gosta).	3	20,00%
Não consigo fazer amigos.	3	20,00%
Tenho insônia porque fico pensando nisso (na parte do corpo da qual não gosta).	2	13,34%
Tenho vontade de me matar.	2	13,34%

Esta questão encontra-se no roteiro de entrevista (Anexo 5) e pergunta sobre como as preocupações sobre a aparência tem interferido na vida do indivíduo. Sendo uma pergunta aberta as respostas dos participantes foram categorizadas para facilitar a análise dos dados e

por isso as mesmas somam mais de 100%. Assim tem-se que a maioria dos participantes (80,00%) relatou que não participam de festas e/ou churrascos da empresa por causa da preocupação com a aparência física, seguido de 73,33% que relatam não conseguirem fazer as coisas em casa, 66,67% que dizem que os amigos se afastaram e, 46,67% que afirmam que há muito tempo não têm relação sexual por causa da preocupação (com a parte do corpo da qual não gosta). Tem-se ainda que 40,00% dos participantes disseram que a família os isola, 33,33% dizem chorar muito por causa da aparência física e, a mesma porcentagem relata não conseguir fazer exercícios físicos. Não participar de festas e/ou churrascos da família e amigos e, sair-se melhor na faculdade ou escola, apareceu em sexto lugar com 26,67% de respostas. Os dados mostram ainda que 20,00% dos participantes disseram que as pessoas não gostam deles por causa do “defeito” na aparência física. As porcentagens mais baixas foram em relação a ter vontade de se matar e ter insônia por ficar pensando na parte do corpo da qual não gosta (13,33% cada descritor). O cálculo da análise intragrupo foi inviável.

Tabela 17. Realização de cirurgia plástica estética.

QUESTÃO		G 1 - CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
Você já fez algum tipo de cirurgia plástica ou algum tipo de correção estética?	Sim	7	46,67%	15	100%
	Não	8	53,33%	---	---
TOTAL		15	100%	15	100%

Com relação a realização de cirurgia plástica estética tem-se que 100% dos participantes do G2 e 46,67% do G1 já se submeteram a pelo menos uma cirurgia. A Tabela 17 apresenta ainda que 53,33% dos participantes do G1 nunca foram submetidos a cirurgia plástica estética.

A análise intragrupo do G1 encontrou um X_o^2 de 0,06 não rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l. = 1; n.sig = 0,05), mostrando que não há diferença estatística significativa entre as duas variáveis.

Tabela 18. Número de cirurgias plásticas estéticas realizadas.

QUESTÃO		G 1 - CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
Quantas?	De 1 a 5	6	85,71%	15	100%
	De 6 a 10	---	---	---	---
	De 11 a 15	1	14,29%	---	---
TOTAL		7	100%	15	100%

A questão sobre o número de cirurgias plásticas estéticas realizadas pelos participantes tem-se que 100% dos respondentes do G2 se submeteram de 1 a 5 cirurgias contra 85,71% do G1. Obteve-se ainda um percentual de 14,29% de participantes do G1 que foram submetidos de 11 a 15 cirurgias plásticas estéticas.

No que se refere a análise intragrupo do G1 tem-se um X_o^2 de 5,10 rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l. = 1; n.sig = 0,05), mostrando que há diferença estatística significativa entre as categorias.

Tabela 19. Parte do corpo submetida a cirurgia plástica estética.

QUESTÃO		G 1 - CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
Em que partes do corpo?	Nariz	5	71,42%	7	46,67%
	Barriga	---	---	6	40,00%
	Boca	1	14,29%	---	---
	Seios	1	14,29%	2	13,33%
TOTAL		7	100%	15	100%

A maioria dos participantes do Grupo 1 – Caso (71,42%) e do Grupo 2 – Controle (46,67%) realizaram cirurgia plástica estética no nariz. Em segundo lugar no G1 ficaram as cirurgias nos seios (14,29%) e na boca (14,29%), e no G2 a cirurgia na barriga (40,00%). Os dados mostram também uma porcentagem de 13,33% de participantes do G2 que realizaram cirurgia plástica estética nos seios.

Em relação a análise intragrupo do G1 obteve-se um X_o^2 de 4,55 não rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 5,99$; n.g.l. = 2; n.sig = 0,05), mostrando que não há diferença

estatística significativa entre as duas categorias. Para o G2 o X_o^2 foi de 2,80 não rejeitando a hipótese nula de que não haveria uma diferença estatística significativa entre as categorias de respostas apresentadas ($X_c^2 = 5,99$; n.g.l. = 2; n.sig = 0,05).

Em relação a análise intergrupo o X_o^2 foi calculado em 5,48 o que determinou a não rejeição da hipótese de nulidade ($X_c^2 = 7,82$; n.g.l= 3; n.sig = 0,05).

Tabela 20. Satisfação com os resultados da cirurgia plástica estética.

QUESTÃO		G 1 - CASO		G 2 - CONTROLE	
		F	F%	F	F%
Se você respondeu que sim, você se sentiu satisfeito(a) com o resultado da cirurgia ou tratamento estético?	Sim	1	14,29%	13	86,67%
	Não	6	85,71%	2	13,33%
TOTAL		7	100%	15	100%

Os dados da Tabela 20 mostram que 85,71% dos participantes do G1 não se sentiram satisfeitos com os resultados das cirurgias que realizaram contra 13,33% do G2. Com referência a satisfação com os resultados das cirurgias tem-se 14,29% do G1 e 86,67% do G2.

No que se refere a análise intragrupo do G1 tem-se um X_o^2 de 3,56 não rejeitando a hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l. = 1; n.sig = 0,05), mostrando que não há diferença estatística significativa entre as cinco categorias. Para o G2 o X_o^2 foi de 8,06 rejeitando a hipótese nula de que não haveria uma diferença estatística significativa entre as categorias de respostas apresentadas ($X_c^2 = 9,49$; n.g.l.= 3; n.sig = 0,05).

Em relação a análise intergrupo o X_o^2 foi calculado em 7,90 o que determinou a rejeição da hipótese de nulidade ($X_c^2 = 3,84$; n.g.l= 1; n.sig = 0,05).

Etapa VII – Análise Quantitativa

A análise estatística da Escala Auxiliar de Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal foi realizada com a utilização do *SPSS – Statistical Package for Social Sciences*

(Versão 11.5 *for Windows*). Os resultados da aplicação da escala foram inseridos em um banco de dados do *SPSS – Statistical Package for Social Sciences*.

A análise quantitativa incluiu:

1. Realização da medição do *KMO – Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*.
2. Análise fatorial exploratória dos itens para avaliar a validade de construto e envolveu três informações:
 - a) Porcentagem de explicação da variabilidade total por meio da análise dos componentes principais;
 - b) Comunalidades;
 - c) Cargas fatoriais por meio da rotação Varimax.
3. Realização do *Prova U de Mann-Whitney* para avaliar a validade discriminativa.
4. Realização da Correlação de *Pearson* para avaliar a precisão teste - reteste.
5. Análise da consistência interna do instrumento por meio do cálculo do Coeficiente Alpha (α) de Crombach.

1. *KMO – Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*.

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 quando do seu tratamento pelo método de análise fatorial (Hair et. al., 1998) e, apresenta valores normalizados (entre 0 e 1,0) mostrando qual é a proporção da variância que as variáveis (questões da escala) apresentam em comum ou a proporção desta que são devidas a fatores comuns.

Para 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 obtido foi de 0,802 o que mostra uma boa adequação de possibilidades de tratamento dos dados com o método citado.

2. Análise Fatorial Exploratória

Aplicando-se o método dos componentes principais aos itens da Escala Auxiliar de Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal foi possível verificar os auto-valores e suas respectivas porcentagens de explicação, conforme Tabela 21.

A análise fatorial utiliza a matriz de correlação entre os itens para derivar os fatores. Nota-se na Tabela 21 que o primeiro fator sozinho explica 34,28% da variabilidade total dos dados. Os dois primeiros fatores explicam 50,84% da variabilidade total e, assim, até que se atinja 100% de explicação até o 14º item. Observa-se ainda que os oito primeiros fatores explicam, conjuntamente, 91,69% da variabilidade total dos dados e apresentam auto-valores acima de 1,00.

Tabela 21. Explicação dos fatores de uma análise fatorial obtida a partir de uma análise de componentes principais

Fator	Autovalor	Explicação (%)	Explicação Acumulada (%)
1	11,976	34,218	34,218
2	5,808	16,595	50,814
3	3,910	11,170	61,984
4	3,764	10,754	72,739
5	2,233	6,379	79,117
6	1,851	5,290	84,407
7	1,464	4,183	88,590
8	1,086	3,101	91,691
9	,898	2,566	94,258
10	,760	2,171	96,429
11	,562	1,606	98,034
12	,380	1,087	99,121
13	,240	,686	99,807

14	,068	,193	100,000
15	9,845 E-16	2,813 E-15	100,000
16	7,643 E-16	2,184 E-15	100,000
17	5,124 E-16	1,464 E-15	100,000
18	3,270 E-16	9,343 E-16	100,000
19	2,767 E-16	7,905 E-16	100,000
20	1,721 E-16	4,918 E-16	100,000
21	1,245 E-16	3,558 E-16	100,000
22	9,686 E-17	2,768 E-16	100,000
23	2,062 E-17	5,892 E-17	100,000
24	-4,451 E-17	-1,272 E-16	100,000
25	-1,568 E-16	-4,480 E-16	100,000
26	-1,773 E-16	-5,066 E-16	100,000
27	-2,497 E-16	-7,135 E-16	100,000
28	-2,643 E-16	-7,553 E-16	100,000
29	-3,424 E-16	-9,783 E-16	100,000
30	-3,785 E-16	-1,081 E-15	100,000
31	-5,119 E-16	-1,463 E-15	100,000
32	-6,854 E-16	-1,958 E-15	100,000
33	-8,188 E-16	-2,340 E-15	100,000
34	-1,104 E-15	-3,154 E-15	100,000
35	-2,388 E-15	-6,822 E-15	100,000

O instrumento demonstrou ser fatorialmente mais complexo do que se esperava, já que apresentou 8 fatores com auto-valores acima de 1,00.

A Tabela 22 mostra as comunalidades da solução com quatro fatores. 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 22 e 33 com 96%, e o pior item é o item 18 com 35% (destacados em negrito).

Tabela 22 - Comunalidades referentes a uma solução com quatro fatores

Item	Comunalidade
1	0,750
2	0,603
3	0,892
4	0,340
5	0,730
6	0,901
7	0,698
8	0,818
9	0,901
10	0,626
11	0,575
12	0,386
13	0,877
14	0,814
15	0,881
16	0,565
17	0,896
18	0,355
19	0,857
20	0,533
21	0,578
22	0,969
23	0,848
24	0,592
25	0,719
26	0,910
27	0,735
28	0,752
29	0,644
30	0,901
31	0,755
32	0,611
33	0,969
34	0,519
35	0,960

A interpretação dos fatores na análise fatorial é realizada por meio das cargas fatoriais. A análise fatorial adotada foi a de componentes principais com rotação varimax com extração de quatro fatores, cujo agrupamento de itens é observado na Tabela 23 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. São consideradas como significativas para um fator as cargas fatoriais acima de 0,40. Na Tabela 23 esses valores encontram-se em negrito. Os itens 12 e 23 não apresentaram cargas fatoriais acima de 0,40 e estão destacados nas linhas cinzas da tabela.

Tabela 23 - Cargas fatoriais para solução com quatro fatores com rotação varimax

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
19	0,908	0,022	0,097	-0,149
17	0,876	-0,140	-0,139	-0,298
5	0,839	0,006	-0,122	0,104
30	0,820	-0,082	0,235	0,407
6	0,820	-0,082	0,235	0,407
9	0,820	-0,082	0,235	0,407
14	0,796	0,035	0,244	-0,345
7	0,760	-0,285	-0,137	-0,143
27	0,754	-0,132	0,218	0,320
24	0,738	-0,091	0,045	0,193
10	0,674	-0,361	-0,177	-0,102
32	0,630	-0,285	-0,220	-0,289
29	0,619	0,304	-0,364	0,190
1	0,617	-0,183	0,147	0,560
25	0,606	0,588	-0,072	0,010
11	0,603	0,024	0,414	-0,197
31	0,571	-0,537	-0,160	0,338
12	-0,559	0,247	-0,009	-0,115
4	0,503	-0,293	0,002	0,027
18	0,503	0,059	-0,047	-0,311
35	-0,197	0,888	-0,272	0,241
23	-0,302	-0,847	0,022	-0,197
26	0,356	0,810	0,164	-0,316
15	0,412	0,798	-0,207	-0,179
20	0,039	0,638	0,189	0,299
8	0,362	0,593	0,182	-0,549
21	0,416	0,555	0,222	0,217
34	0,427	0,510	-0,074	0,266
3	0,127	-0,006	0,915	0,196
33	-0,327	0,187	0,883	-0,217
22	-0,327	0,187	0,883	-0,217
13	-0,087	0,580	-0,638	0,354
28	-0,451	0,041	0,198	0,712
2	-0,477	-0,009	0,037	0,611
16	-0,512	0,007	0,146	0,531

Deste modo, conclui-se que:

- Os itens 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32 e 34 predominam no **Fator 1**.
- Os itens 8, 13, 20, 26 e 35 predominam no **Fator 2**.
- Os itens 3, 22 e 33 predominam no **Fator 3**.
- Os itens 2, 16 e 28 predominam no **Fator 4**.

Avaliando o que há de comum em cada um dos quatro fatores, verifica-se que no **Fator 1** os itens agrupados referem-se à dimensão “*Preocupação com um imaginado defeito na aparência*” e são responsáveis por 34,21% variância total. No Fator 2 verifica-se a dimensão “*Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva*” e os itens desse fator são responsáveis por 16,59% da variância total. Os itens do Fator 3 apresentam a dimensão “*A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo*” e explicam 11,17% da variância total. No Fator 4 observa-se a dimensão “*Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia*” e os itens explicam 10,75% da variância total.

Todos as dimensões são vinculadas ao construto transtorno dismórfico corporal medido pelo instrumento.

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

Após a seleção das duas amostras com base nas respostas do roteiro de entrevista e caracterização dos participantes, a terceira versão da Escala Auxiliar de Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal foi aplicada nos participantes para o estudo da validade

discriminativa. Para avaliar se as duas amostras (G1 e G2), foram iguais ou diferentes na primeira e na segunda aplicação do instrumento, aplicou-se a *Prova U de Mann-Whitney*.

A Tabela 24 mostra a média dos postos e os valores de U e p comparando as respostas da primeira aplicação da escala para os Grupo 1 – Caso e Grupo 2 – Não Caso. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Tabela 24. Resultados da *Prova U de Mann-Whitney* para o Grupo 1 – Caso e Grupo 2 – Não Caso na **primeira aplicação** da escala (média dos postos, valor de U , valor de p e decisão).

Itens	Grupos	Média dos postos	U	p	Decisão
1	G1	20,60	36	0,001	Rejeita Ho
	G2	10,40			
2	G1	18,37	69,5	0,054	Não rejeita Ho
	G2	12,63			
3	G1	22,23	11,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,77			
4	G1	19,90	46,5	0,002	Rejeita Ho
	G2	11,10			
5	G1	21,77	18,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	9,23			
6	G1	22,20	12	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,80			
7	G1	22,30	10,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,70			
8	G1	18,00	75	0,093	Não rejeita Ho
	G2	13,00			
9	G1	23,00	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,00			
10	G1	21,70	19,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	9,30			
11	G1	22,23	11,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,77			
12	G1	15,10	106,5	0,786	Não rejeita Ho
	G2	15,90			
13	G1	22,43	8,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,57			
14	G1	22,47	8	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,53			
15	G1	21,67	20	0,000	Rejeita Ho
	G2	9,33			
16	G1	16,53	97	0,357	Não rejeita Ho
	G2	14,47			
17	G1	22,47	8	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,53			
18	G1	21,80	18	0,000	Rejeita Ho
	G2	9,20			

19	G1	20,57	36,5	0,001	Rejeita Ho
	G2	10,43			
20	G1	22,27	11	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,73			
21	G1	20,17	42,5	0,002	Rejeita Ho
	G2	10,83			
22	G1	16,50	97,5	0,150	Não rejeita Ho
	G2	14,50			
23	G1	19,77	48,5	0,003	Rejeita Ho
	G2	11,23			
24	G1	21,80	18	0,000	Rejeita Ho
	G2	9,20			
25	G1	21,67	20	0,000	Rejeita Ho
	G2	9,33			
26	G1	16,97	90,5	0,317	Não rejeita Ho
	G2	14,03			
27	G1	22,33	10	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,67			
28	G1	16,90	91,5	0,326	Não rejeita Ho
	G2	14,10			
29	G1	18,80	63	0,023	Rejeita Ho
	G2	12,20			
30	G1	22,47	8	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,53			
31	G1	22,30	10,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,70			
32	G1	22,40	9	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,60			
33	G1	17,33	85	0,101	Não rejeita Ho
	G2	13,67			
34	G1	20,80	33	0,000	Rejeita Ho
	G2	10,20			
35	G1	22,50	7,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,50			

Os itens 2 ($p = 0,054$), 8 ($p = 0,093$), 12 ($p = 0,786$), 16 ($p = 0,357$), 22 ($p = 0,150$), 26 ($p = 0,317$), 28 ($p = 0,326$) e 33 ($p = 0,101$) obtiveram um valor de $p >$ que 0,05 não rejeitando a hipótese nula de que não há diferença entre os dois grupos (itens em negrito). Desta forma, estes itens não discriminam a população clínica da população não clínica. Entretanto, foram mantidos para serem incluídos nas demais provas estatísticas. Caso não apresentassem significância em nenhuma das provas seriam descartados.

Tabela 25 mostra a média dos postos e os valores de U e p comparando as respostas da segunda aplicação da escala para os Grupo 1 – Caso e Grupo 2 – Não Caso. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Tabela 25. Resultados da *Prova U de Mann-Whitney* para o Grupo 1 – Caso e Grupo 2 – Não Caso na **segunda aplicação da escala** (média dos postos, valor de U , valor de p e decisão).

Itens	Grupos	Média dos postos	U	p	Decisão
1	G1	20,10	43,5	0,002	Rejeita Ho
	G2	10,90			
2	G1	17,37	84,5	0,201	Não rejeita Ho
	G2	13,63			
3	G1	22,33	10	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,67			
4	G1	19,50	52,5	0,005	Rejeita Ho
	G2	11,50			
5	G1	21,53	22	0,000	Rejeita Ho
	G2	9,47			
6	G1	21,50	22,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	9,50			
7	G1	22,37	9,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,63			
8	G1	16,20	102	0,638	Não rejeita Ho
	G2	14,80			
9	G1	23,00	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,00			
10	G1	20,97	30,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	10,03			
11	G1	21,47	23	0,000	Rejeita Ho
	G2	9,53			
12	G1	14,23	93,5	0,389	Não rejeita Ho
	G2	16,77			
13	G1	22,43	8,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,57			
14	G1	22,47	8	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,53			
15	G1	22,10	13,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,90			
16	G1	15,57	111,5	0,953	Não rejeita Ho
	G2	15,43			
17	G1	22,43	8,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,57			
18	G1	21,67	20	0,000	Rejeita Ho
	G2	9,33			
19	G1	19,33	55	0,011	Rejeita Ho
	G2	11,67			
20	G1	21,90	16,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	9,10			

21	G1	18,67	65	0,030	Rejeita Ho
	G2	12,33			
22	G1	16,00	105	0,317	Não rejeita Ho
	G2	15,00			
23	G1	19,33	55	0,007	Rejeita Ho
	G2	11,67			
24	G1	20,60	36	0,001	Rejeita Ho
	G2	10,40			
25	G1	20,83	32,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	10,17			
26	G1	16,30	100,5	0,584	Não rejeita Ho
	G2	14,70			
27	G1	23,00	0	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,00			
28	G1	16,03	104,5	0,710	Não rejeita Ho
	G2	14,97			
29	G1	17,63	80,5	0,149	Não rejeita Ho
	G2	13,37			
30	G1	22,60	6	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,40			
31	G1	22,10	13,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,90			
32	G1	22,23	11,5	0,000	Rejeita Ho
	G2	8,77			
33	G1	17,80	78	0,052	Não rejeita Ho
	G2	13,20			
34	G1	20,30	40,5	0,001	Rejeita Ho
	G2	10,70			
35	G1	22,00	15	0,000	Rejeita Ho
	G2	9,00			

Na segunda aplicação da escala nos grupos 1 e 2 tem-se também os itens 2 ($p = 0,054$), 8 ($p = 0,093$), 12 ($p = 0,786$), 16 ($p = 0,357$), 22 ($p = 0,150$), 26 ($p = 0,317$), 28 ($p = 0,326$) e 33 ($p = 0,052$) com um valor de $p >$ que 0,05 não rejeitando a hipótese nula de que não há diferença entre os dois grupos, o que reforça a afirmativa de que esses itens (em negrito) não discriminam os indivíduos que possuem o diagnóstico de transtorno dismórfico corporal daqueles que não o possuem. Além desses itens, nesta segunda aplicação o Item 29 aparece com o valor de p de 0,149 encontrando-se no mesmo *status* dos itens citados anteriormente.

4- Correlação de Pearson - Precisão Teste-Reteste

A Correlação de *Pearson* foi escolhida para avaliar se existe diferença estatística significativa entre as respostas da primeira aplicação da escala com a segunda aplicação no Grupo 1 – Caso e no Grupo 2 – Não Caso.

Nesta análise manteve-se os itens que não discriminaram a população clínica da não clínica pela *Prova U de Mann-Whitney* para verificar dentro do mesmo grupo se houve diferença estatística significativa entre as respostas para estes itens na primeira e na segunda aplicação do instrumento.

De acordo com a análise desses dados foi possível analisar o quanto os itens, numa escala Likert, são capazes de discriminar os sujeitos, ou seja, avaliar as diferenças individuais. Então, para um item ser adequado, deve ser capaz de discriminar os sujeitos entre si no construto medido pelo instrumento.

A correlação é referência do poder discriminativo do item e altas correlações refletem que um único traço é medido; assim um item que tem baixa correlação com o total pouco contribui na medição do construto. De modo geral eliminam-se os itens com correlação negativa ou muito próximos de zero. O quadro abaixo apresenta a descrição para cada valor de *r* calculado.

Valores dos coeficientes calculados (<i>r</i>)	Descrição
+ 1,00	Correlação positiva perfeita
+ 0,70 a 0,99	Correlação positiva muito forte
+ 0,50 a 0,69	Correlação positiva substancial
+ 0,30 a 0,49	Correlação positiva moderada
+ 0,10 a 0,29	Correlação positiva baixa

+ 0,01 a 0,09	Correlação positiva ínfima
0,00	Nenhuma Correlação
- 0,01 a 0,09	Correlação negativa ínfima
- 0,10 a 0,29	Correlação negativa baixa
- 0,30 a 0,49	Correlação negativa moderada
- 0,50 a 0,69	Correlação negativa substancial
- 0,70 a 0,99	Correlação negativa muito forte
- 1,00	Correlação negativa perfeita

A Tabela 26 apresenta os resultados da Correlação de *Pearson* com a média, o desvio padrão e a correlação de pearson para cada item da escala.

Tabela 26. Resultados da Correlação de *Pearson* para o **Grupo 1 – Caso** na primeira e segunda aplicação da escala (média, desvio padrão e correlação).

ITEM	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	CORRELAÇÃO DE PEARSON (r)
1	3,60	0,49	1,0
2	2,06	1,08	0,857
3	3,33	0,84	0,918
4	2,16	1,05	0,784
5	2,56	0,94	0,887
6	3,66	0,48	0,739
7	2,93	0,74	0,881
8	5,60	0,81	0,801
9	3,70	0,47	0,853
10	2,40	0,93	0,615
11	2,36	0,67	0,936

12	1,56	0,63	0,918
13	2,90	0,61	0,915
14	3,23	0,77	0,947
15	3,60	0,97	0,949
16	1,43	0,90	0,960
17	3,10	0,71	0,938
18	3,53	1,04	1,0
19	3,40	0,81	0,804
20	5,53	0,94	0,963
21	2,13	0,94	0,867
22	4,00	---	---
23	2,00	0,74	0,875
24	3,60	0,50	0,722
25	2,33	0,80	0,914
26	2,76	0,82	0,856
27	3,73	0,45	0,707
28	1,76	0,94	0,972
29	2,13	1,14	0,948
30	3,73	0,45	1,0
31	2,67	0,76	0,766
32	2,83	0,75	0,943
33	3,87	0,51	1,0
34	2,50	1,07	0,974

35	4,00	---	---
----	------	-----	-----

A Tabela 26 mostra que todos os itens obtiveram uma correlação alta, sendo o valor de 0,615 do item 10 a correlação mais baixa encontrada entre a primeira e a segunda aplicação da escala para o Grupo 1.

Os itens que apresentaram a maior correlação foram: item 16 (0,960), item 20 (0,963), item 28 (0,972) e item 34 (0,974).

Isto demonstra que a escala possui precisão teste-reteste.

A Tabela 27 apresenta os resultados da Correlação de *Pearson* com a média, o desvio padrão e a correlação de *pearson* para cada item da escala.

Tabela 27. Resultados da Correlação de *Pearson* para o **Grupo 2 – Não Caso** na primeira e segunda aplicação da escala (média, desvio padrão e correlação).

ITEM	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	CORRELAÇÃO DE PEARSON (r)
1	2,23	1,17	0,978
2	1,47	0,68	0,710
3	1,30	0,47	0,852
4	1,17	0,38	0,784
5	1,10	0,31	0,681
6	1,93	0,98	0,930
7	1,13	0,35	1,0
8	2,33	1,15	0,932
9	1,23	0,43	0,452
10	1,10	0,31	0,681
11	1,10	0,31	0,681

12	1,93	1,14	0,955
13	1,10	0,31	0,681
14	1,07	0,25	1,0
15	1,43	0,73	0,939
16	1,27	0,69	0,936
17	1,10	0,31	0,681
18	1,30	0,60	0,889
19	2,43	0,90	0,837
20	1,13	0,35	0,534
21	1,30	0,47	0,852
22	3,90	0,31	0,681
23	1,30	0,47	0,852
24	2,27	0,91	0,881
25	1,20	0,41	0,377
26	2,57	0,82	0,559
27	1,20	0,61	0,225
28	1,47	0,51	0,763
29	1,43	0,73	0,879
30	1,83	0,79	0,951
31	1,17	0,38	0,784
32	1,10	0,31	0,681
33	3,63	0,49	0,577
34	1,20	0,41	1,0

35	2,03	0,96	0,971
----	------	------	-------

Os dados da tabela acima mostram que os itens item 8 (0,930), item 6 (0,932); 16 (0,936); item 15 (0,939); item 30 (0,951); item 12 (0,955); item 35 (0,971) e item 1 (0,978) obtiveram as mais altas correlações entre as respostas das aplicações 1 e 2 do Grupo 2 – Não Caso.

Os itens com as mais baixas correlações foram: 27 (0,225); 25 (0,377) e 8 (0,452). Nenhum item foi descartado como resultado dos dados obtidos pela correlação de Pearson.

Assim, a primeira escala (Anexo 7) possuía 50 itens, dos quais 10 foram descartados pela autora por não possuírem objetividade, clareza, pertinência e redação. A escala com 40 itens (2ª versão – Anexo 8), foi submetida a análise de juízes, a qual eliminou mais 5 itens por não alcançarem 80% de concordância. Desta forma a escala passou a ter 35 itens, os quais foram submetidos ao estudo da validade discriminativa por meio da Prova de *Mann-Whitney* e de precisão teste-reteste através da correlação de *Pearson*. Nas análises quantitativas não foi retirado nenhum item do instrumento.

5. Análise da Consistência Interna

Por meio da análise do Coeficiente Alpha (α) de Crombach, 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 a zero, e, quanto mais próximo de um (1) maior a confiabilidade do instrumento. O valor de alpha com os 24 itens foi de 0,82, sugerindo que a escala estaria medindo 82% do impacto real.

Etapa VIII – Apresentação da Versão Final da Escala

Após a análise qualitativa e quantitativa obteve-se a versão final da “Escala Auxiliar de Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal” (Anexo 9). A escala final ficou

composta de 35 itens que medem quatro categorias vinculadas ao construto transtorno dismórfico corporal, medidas em escalas Likert de quatro pontos.

Fator 1 - *Preocupação com um imaginado defeito na aparência.* (Itens 1+, 24+, 30+).

Fator 2 - *Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.* (Itens 2+, 5+, 6+, 7+, 9+, 10+, 11+, 12+, 27+, 34+).

Fator 3 - *A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo.* (Itens 3+, 4+, 8+, 13+, 14+, 15+, 16+, 17+, 19+, 20+, 21+, 22+, 23+, 25+, 26+, 28+, 29+, 31+, 32+).

Fator 4 - *Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia.* (Itens 18+, 22-, 24+, 33-, 35+).

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Seguindo os objetivos básicos desta pesquisa, procurou-se abordar, na presente discussão, as características e as qualidades psicométricas da Escala Auxiliar de Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal para a utilização por profissionais da área da saúde.

A autora do instrumento procurou construir uma escala visando atender a necessidade de se avaliar o transtorno dismórfico corporal na área da saúde, principalmente nas áreas de cirurgia plástica e dermatologia pois, como já citado anteriormente, a maioria dos pacientes com TDC encontram-se nos consultórios desses profissionais.

A partir dessa proposta, buscou-se na literatura nacional e internacional, material sobre o transtorno dismórfico corporal, além da procura de diversos instrumentos que avaliassem o TDC, com o objetivo de compor uma matriz do construto do TDC. Foram encontrados nove instrumentos, sendo quatro escolhidos para servir de referência para a construção da escala da presente pesquisa.

Os critérios para a escolha dos instrumentos foram: a) pelo menos um instrumento que tivesse sido validado e que abrangesse todos os aspectos do TDC com base no DSM-IV (1994); b) pelo menos um instrumento que fosse auto-aplicável e que fosse específico para o diagnóstico do TDC; c) pelo menos um instrumento que discriminasse as obsessões e compulsões do paciente com TDC dos pacientes com TOC (já que muitos autores discutem o diagnóstico diferencial dos dois transtornos mais do que qualquer outro transtorno, como já discutido na introdução deste trabalho); e d) pelo menos um instrumento de diagnóstico do TDC construído para a prática médica e não para a prática da Psicologia e Psiquiatria.

Esses quatro instrumentos foram traduzidos e analisados por dois profissionais especializados nos idiomas português e inglês. Sabe-se que é comum no processo de tradução

de instrumentos, recorrer-se ao uso de juízes bilíngües, ou de tradutores profissionais especializados nos dois idiomas em questão, para que se tenha um maior grau de confiabilidade na tradução. Assim, um dos profissionais bilíngües traduziu as escalas para o português e o outro voltou a traduzir a escala para o idioma original, o inglês (*back ward translation*).

Desta forma, a construção da escala foi baseada nos instrumentos traduzidos, nos critérios do DSM-IV-R (1994) e nos trabalhos sobre TDC e, constou inicialmente de 50 itens (primeira versão – Anexo 7) que foram analisados pela autora a fim de selecionar apenas os mais satisfatórios em relação ao construto TDC. Desta forma, a segunda versão da escala (Anexo 8) ficou composta por 40 itens, após a retirada de 10 itens que não possuíam clareza, pertinência, precisão e objetividade. Os itens retirados foram: 3. *A minha aparência física possui um defeito e por isso me sinto muito triste*; 10. *Não me preocupo freqüentemente com a parte do corpo da qual não gosto*; 14. *Não gosto de olhar no espelho por causa da parte do corpo que considero defeituosa*; 19. *Deixo de fazer muitas das coisas que deveria por causa do defeito na minha aparência física*; 31. *Não consigo me sentir bem na maioria das situações por causa da parte do meu corpo da qual não gosto*; 35. *A minha percepção me diz que a maioria das pessoas me vêem diferente do que eu sou por causa do defeito na minha aparência física*; 37. *Prefiro ficar em casa a sair por causa do defeito em minha aparência física*; 48. *Me sinto muito angustiado(a) quando comparo a minha aparência física com a de outras pessoas*; 49. *A maioria das vezes tento esconder meu defeito na aparência por meio de maquiagem ou roupas especiais*; e 50. *Fico preocupado(a) se as pessoas olham para mim, pois estão olhando para o meu defeito*.

O processo de validação de um teste psicométrico é primordial, sendo coerente com Anastasi & Urbina (2000), que citam que a validade de um teste responde sobre o grau em que ele mede aquilo que se propõe a medir.

A primeira fase de validação do instrumento foi a análise teórica dos itens. Realizou-se a análise de juízes, processo fundamental num estudo de validação (Pasquali, 1999b). O instrumento foi avaliado por profissionais capacitados para o atendimento de pacientes com transtorno dismórfico corporal. A consulta aos profissionais é adequada para o julgamento dos itens (Adánez, 1999; Oakland, 1999b). Assim, a pertinência dos itens ao construto transtorno dismórfico corporal e a inserção destes nas quatro áreas foi avaliada por estes profissionais que descartaram 5 itens por não obterem uma concordância de 80% ou mais.

Deste modo os requisitos da análise teórica dos itens foi cumprido e a terceira versão da escala (Anexo 9) ficou com 35 itens de respostas relacionadas ao construto transtorno dismórfico corporal. As instruções e o modo de assinalar as respostas não foram apontados pelos juízes para modificações. Também houve a preocupação da autora com a validade aparente dos itens, garantindo que os itens não parecessem deselegantes e por isso, incompreendidos.

A terceira versão da escala com os 35 itens foi aplicada nos Grupos 1 – Caso (N=15) e 2 – Não Caso (N=15). Para compor as duas amostras recorreu-se ao auxílio de cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras que tiveram como função contatar pacientes antigos ou atuais que apresentavam queixas relacionadas a aparência física e que esses profissionais acreditavam encaixarem-se no diagnóstico de TDC para compor o Grupo 1. Aqueles pacientes que, os profissionais acreditavam, não possuem o diagnóstico do TDC seriam colocados no Grupo 2. Essa seleção das amostras foi realizada por meio de uma entrevista e roteiro de caracterização realizados pela autora.

É importante salientar que um dos cirurgiões plásticos indicou pacientes que não puderam compor a amostra do G1 por não apresentarem comportamentos e queixas típicas do TDC. Esse fato confirma que, cirurgiões plásticos podem encontrar dificuldades em detectar o transtorno. Como indivíduos com TDC alimentam expectativas irreais sobre as correções estéticas e raramente ficam satisfeitos, podem vir responsabilizar e até agredir seus médicos por seus defeitos. Portanto, cirurgiões plásticos não informados sobre o TDC, podem vir a ter prejuízos pessoais, assim como reforçar a manutenção dos problemas, a medida que realizam as cirurgias continuamente, por isso a escala auxiliar de diagnóstico do transtorno dismórfico corporal se torna instrumento de utilidade para esses profissionais.

Seguindo o processo de validação da escala, após a coleta de dados, os estudos foram direcionados ao refinamento empírico do instrumento. As provas estatísticas visam obter dados sobre a validade e fidedignidade para a elaboração de normas de interpretação quantitativa (Adánez, 1999).

A validação da escala foi obtida por meio do método de validação de construto que, segundo Cunha (1994), tem como objetivo tornar o instrumento uma medida operacional do construto, ou seja, o transtorno dismórfico corporal. Sendo assim, o método da análise fatorial exploratória foi aplicada a escala. Essa é frequentemente utilizada quando o objetivo primeiro do instrumento é medir adequadamente um construto psicológico (Adánez, 1999).

O tamanho da amostra utilizado também se mostrou suficiente para refletir de modo adequado a estrutura de interdependência entre os dados. O valor KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* - encontrado foi de 0,802 o que representou uma adequação boa dos dados à análise fatorial.

A análise fatorial revelou oito fatores com auto-valores acima de 1,00. Além disso, os itens 12, – “*Eu acredito que a minha preocupação com determinada parte de meu corpo é*

exagerada” e 23 – “*Evito olhar para o meu corpo, particularmente para a parte de minha aparência da qual não gosto*” foram descartados pois não apresentaram cargas fatoriais acima de 0,40. Finalmente os itens 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32 e 34 predominam no Fator 1; os itens 8, 13, 20, 26 e 35 predominam no Fator 2; os itens 3, 22 e 33 predominam no Fator 3; e os itens 2, 16 e 28 predominam no Fator 4 (esses itens são encontrados no Anexo 17).

Verificou-se que no Fator 1 os itens agrupados referiram-se à dimensão “*Preocupação com um imaginado defeito na aparência*” e foram responsáveis por 34,21% variância total. No Fator 2 verificou-se a dimensão “*Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva*” e os itens desse fator foram responsáveis por 16,59% da variância total. Os itens do Fator 3 apresentaram a dimensão “*A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo*” e explicaram 11,17% da variância total. No Fator 4 observou-se a dimensão “*Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia*” e os itens explicaram 10,75% da variância total.

A validade discriminativa estudada pela comparação das respostas do Grupo 1 – Caso e Grupo 2 – Controle (tanto na primeira aplicação da escala como na segunda), por meio da prova *U de Mann-Whitney* indicou haver uma significativa diferença estatística entre as respostas dos dois grupos, demonstrando que no geral o instrumento discrimina a população clínica da não clínica. Entretanto, nove itens obtiveram um valor de $p > 0,05$ na análise da primeira aplicação; são eles: Item 2 – “*Realizei diversos tratamentos cosméticos / estéticos com o objetivo de melhorar a minha aparência física*” ($p = 0,054$), Item 8 – “*Comparo a minha aparência física com a de outras pessoas em revistas e tv*” ($p = 0,093$), Item 12 – “*Eu*

acredito que a minha preocupação com determinada parte de meu corpo é exagerada” ($p = 0,786$), Item 16 – *“Já realizei mais de duas cirurgias plásticas com objetivo de melhorar a minha aparência física”* ($p = 0,357$), Item 22 – *“Minha preocupação com a aparência física está relacionada à insatisfação com a minha sexualidade / opção sexual”* ($p = 0,150$), Item 26 – *“Comparo a minha aparência física com a de outras pessoas ao meu redor”* ($p = 0,317$), Item 28 – *“Realizei diversos tratamentos cosméticos / estéticos com o objetivo de corrigir o defeito em minha aparência física”* ($p = 0,326$) e Item 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”* ($p = 0,101$). Na segunda aplicação da escala nos grupos 1 e 2 tem-se também os itens 2 ($p = 0,054$), 8 ($p = 0,093$), 12 ($p = 0,786$), 16 ($p = 0,357$), 22 ($p = 0,150$), 26 ($p = 0,317$), 28 ($p = 0,326$) e 33 ($p = 0,052$) com um valor de $p >$ que 0,05. Entretanto estes itens não foram descartados pois são itens importantes para reforçar aqueles que discriminam os indivíduos que possuem o diagnóstico de transtorno dismórfico corporal daqueles que não o possuem. Além desses itens, nesta segunda aplicação o Item 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”*, aparece com o valor de $p = 0,149$, mas também não foi descartado. Desta forma, como resultado da análise da Prova *U de Mann-Whitney* manteve-se os 35 itens da terceira escala.

No estudo de precisão teste-reteste por meio da correlação de *Pearson*, correlações entre as respostas da primeira e da segunda aplicação da escala foram significativas para o Grupo 1 – Caso, já que nenhum dos itens obtiveram $r < 0,61$. Para o Grupo 2 – Não Caso os dados mostraram que os itens 25 – *“Evito contatos físicos próximos como abraços e beijos*

por causa da parte de meu corpo da qual não gosto” e 27 - “Sempre que penso no meu defeito na aparência física sinto muita angústia”, obtiveram $r = 0,37$ e $r = 0,22$ respectivamente, ou seja, as correlações mais baixas. Entretanto estes itens não foram descartados pois a Prova de *Mann-Whitney* mostrou que eles discriminam a amostra de pacientes com o diagnóstico de TDC (G1) dos participantes do grupo controle (G2).

Em relação a precisão, a escala final, com 35 itens, obteve um coeficiente alpha de Crombach de 0,82. Portanto, a consistência interna demonstra que o universo dos impactos está sendo perfeitamente coberto mas, a precisão da escala poderá ser melhorada por meio de variáveis adicionais. Segundo Adánez (1999), seja qual for o formato do item, os valores iguais ou inferiores a zero indicam uma consistência inadequada, pois a confiabilidade dos itens não contribui para a homogeneidade do teste, ou a diminui. Quanto maiores forem os desvios típicos dos itens e as correlações dos itens com o teste, maior será o coeficiente alpha de Crombach, e o valor desse coeficiente pode variar de zero a um.

São encontradas limitadas metodologias de medição do TDC na literatura estrangeira, a maioria em forma de escala de auto-relato, em que o sujeito se expressa de acordo com a graduação das respostas, viabilizando a medida da presença e severidade de sintomas do TDC, considerando-se as dimensões clinicamente relevantes desse construto. É importante ressaltar que não foi encontrada nenhuma medida do TDC no Brasil. De qualquer forma, nem todos os instrumento encontrados na literatura tinham como preocupação garantir uma boa representação do construto que pretendem medir. Vale lembrar que uma boa validação e precisão dessas medidas são também imprescindíveis. Entretanto é sabido que todo e qualquer instrumento de medição do comportamento possui suas limitações e não deve ser utilizado de forma isolada quando o objetivo é a realização do diagnóstico completo. Assim a

construção da escala da presente pesquisa procurou garantir uma boa representação do construto TDC e estudos de validação e precisão.

Entretanto, algumas possíveis limitações do presente estudo devem ser salientadas. Não é possível deixar de mencionar que uma das principais dificuldades deste estudo relacionou-se ao acesso aos pacientes com TDC e do número reduzido destes pacientes. O estudo poderia ter tido maior representatividade se o número de participantes fosse maior. No entanto, com a dificuldade na seleção da amostra do Grupo 1 – Caso, isto não foi possível. Além disso, a autora procurou participantes apenas por cirurgiões plásticos (3), psicólogos (4) e psiquiatras (2) e não entrou em contato com outros profissionais que possam atender pessoas com TDC, como dermatologistas, dentistas, e outros profissionais da área de estética.

Por isso é importante enfatizar ainda a importância da realização de pesquisas com um número maior de participantes, incluindo outros estados do Brasil.

Embora os resultados desta pesquisa sejam limitados pelo número de participantes que compuseram as amostras, acredita-se que ela tenha contribuído, de forma valiosa, para melhor compreensão do instrumento que se pretende normatizar futuramente para o Brasil.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo construir uma escala auxiliar de diagnóstico do transtorno dismórfico corporal para a utilização por profissionais da área da saúde. Para tanto a autora procurou cumprir os requisitos básicos de um processo de construção e validação de instrumentos psicométricos. A Escala Auxiliar de Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal ficou composta de 24 itens medidos em escala Likert de quatro pontos (concordo plenamente / concordo / discordo / discordo plenamente) que avaliam a sintomatologia do transtorno dismórfico corporal em quatro dimensões (de acordo com os critérios do DSM-IV – 1994): 1. Preocupação com um imaginado defeito na aparência; 2. Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva; 3. A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo; e 4. Essa preocupação não é melhor explicada por outros transtornos, como a anorexia.

Pode-se dizer que a Escala Auxiliar de Diagnóstico do TDC mostrou ser uma medida válida e com precisão adequada. Entretanto novos estudos deverão ser realizados para que sua eficácia possa ser melhorada, por exemplo na criação de novos itens que avaliem melhor a dimensão 4 do construto. É importante também que técnicas estatísticas mais elaboradas, tais como a análise fatorial confirmatória, sejam aplicadas para verificar se os fatores estão realmente relacionados entre si, concluindo se a estrutura proposta é aceitável.

Deve-se considerar que a utilização da Escala Auxiliar de Diagnóstico do Transtorno Dismórfico Corporal tem como objetivo instrumentalizar os profissionais da área da saúde na

detecção do TDC, entretanto o processo de avaliação e diagnóstico completo é complexo. É importante lembrar que escalas não fazem diagnósticos completos, apenas fazem um rastreamento, funcionam como triagem e fornecem ao profissional, dados objetivos do paciente. A proposta de continuação da avaliação diagnóstica completa do TDC fica como sugestão para futuras pesquisas. Outras sugestões incluem a utilização de um número maior de participantes e estudos para capacitar o instrumento a classificar os pacientes com o TDC do grau mais leve ao mais grave, através das respostas a escala Likert de quatro pontos.

No contexto brasileiro há uma lacuna de instrumentos psicométricos que meçam o transtorno dismórfico corporal. Esta escala é uma primeira tentativa de auxiliar o preenchimento desta lacuna, contribuindo para a literatura científica nacional e promovendo o conhecimento do TDC, ainda carente em nossa população.

Finalmente, acredita-se que os dados levantados neste trabalho serão fundamentais para a continuidade de uma linha de pesquisa que visa aperfeiçoar a escala auxiliar de diagnóstico do transtorno dismórfico corporal, até que ela possa ser colocada a disposição dos profissionais da saúde, principalmente da área de estética que lidam com a necessidade de detectar o TDC em seus pacientes.

Assim, a escala poderá ser utilizada para o auxílio do diagnóstico do TDC e para fins de pesquisa na área da saúde, aumentando desta forma as possibilidades de instrumentos de avaliação disponíveis para os pesquisadores.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Adánez, G.P. (1999). Procedimentos de construcción y análisis de tests psicometricos. In: S.M. Wechsler, & R.S.L. Guzzo (Orgs.), Avaliação psicológica: perspectiva internacional (pp. 57-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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.
- Almeida, L.S. (1999). Avaliação psicológica: Exigências e desenvolvimentos nos seus métodos. In: S.M. Wechsler & R.S.L. Guzzo (Orgs.), Avaliação psicológica: perspectiva internacional (pp. 41-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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.
- Anastasi, A. (1977). Testes psicológicos. São Paulo: E.P.U.
- Anastasi, A. (1988). Psychological testing (6^a ed.) New York: Macmillan.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). Testagem psicológica. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Ancona-Lopez, M. (1987). Avaliação da inteligência I. São Paulo: E.P.U.
- Angoff, W.H. (1984). Scales, norms, and equivalent scores. Princeton, N.J.: Educational Testing Service.
- Apport (1994). Conferência internacional sobre avaliação psicológica. Resumos. Braga, Portugal.
- Arias, R. M. (1995). La construcción de un test. In: Psicometria: teoria de los testes psicológicos y educativos. Madrid: Síntesis Psicología.
- Andreasen, N.C., & Bardach, J. (1977). Dymorphophobia: symptom or disease? American Journal of Psychiatry, 134(6): 673-675.
- Berk, R.A. (1982). Handbook of methods for detecting test bias. Baltimore, M.D.: The Johns Hopkins University Press.
- Berk, R.A. (1984). A guide to criterion-referenced test construction. Baltimore, M.D.: The Johns Hopkins University Press.
- Berrios, G.E., & Kan, C. (1996). A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dymorphophobia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 94(1): 1-7.

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

Braddock, L.E. (1982). Dysmorphophobia in adolescence: A case report. British Journal of Psychiatry. 140(1): 199-201.

Brown, F.G. (1983). Principles of education and psychology testing. New York: Holt, Rinehart and Winston.

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.

Buros, O.K. (1938). The first mental measurement yearbook: Highland Park: Gryphon Press.

Burt, C. (1941). The factors of the mind. New York: Macmillan.

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.

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.

Cattell, R.B. (1965). The scientific analysis of personality. Baltimore, MD: Penguin Books, Inc.

Connolly, F.H., & Gibson, M. (1978). Dysmorphophobia: a long term study. British Journal of Psychiatry, 132(4): 568-570.

Conselho Regional de Psicologia (1999). Manual do Conselho Regional de Psicologia. São Paulo: CRP-06.

Conselho Federal de Psicologia (2003, dezembro). Resolução CFP No. 002/2003. <http://www.pol.org.br/atualidades/materias.cfm>, consultado em Dez/03.

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). Dysmorphophobia and the search for cosmetic surgery. British Medical Journal, 282(3): 1099-1100.

Crocker, L. & Algina, J. (1986). Introduction to classical and modern test theory. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Cronbach, L.J. (1996). Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artes Médicas, 5ª ed.

Cunha, J.A. (1993). Psicodiagnóstico – R. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cunha, S.E. (1994). A noção de validade de testes psicológicos. Rio de Janeiro: CEPA.

Cunha, J.A. (2000). Catálogo de técnicas úteis. In: J.A. Cunha (Org.), Psicodiagnóstico-V (pp. 202-290). Porto Alegre: Artmed.

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.

Egbertson, M.T.; Jacobson, W.E. & Meyer, E. (1960). Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety eighth consecutive cases with minimal deformity. British Journal of Plastic Surgery, 13(1): 136-145.

- Ferreira, A.B.H. (1988). Novo dicionário básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira.
- 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.
- Gronlund, N.E. (1988). How to construct achievement tests, 4th.ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Guilford, J.P. (1936, 1954). Psychometric methods. New York: McGraw-Hill.
- Guilford, J.P. (1967). The nature of human intelligence. New York: McGraw-Hill.
- Guzzo, R.S.L. (1996). Formando psicólogos escolares no Brasil: dificuldades e perspectivas. In: S.M. Wechsler (org.) Psicologia escolar: pesquisa, formação e prática. Campinas: Alínea.
- 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.
- Hambleton, R.K., & Swaminathan, H. (1985). Item response theory: Principles and applications. Norwell, M.A.: Kluwer Nijhoff.
- Hambleton, R.K., Swaminathan, H., & Rogers, J. (1991). Fundamentals of item response theory. Beverly Hills, C.A.: SAGE.
- 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.

- Harman, H.H. (1967). Modern factor analysis. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Hay, G.G. (1970). Dysmorphophobia. British Journal of Psychiatry, 116(3): 399-406.
- Hay, G.G. (1983). Paranoia and dysmorphophobia. British Journal of Psychiatry, 142(3): 309-310.
- Hay, G.G. & Heather, B.B. (1973). Changes in psychometric test results following cosmetic nasal operations. British Journal of Psychiatry, 122(5): 899-890.
- Holland, P.W. & Rubin, D.B. (1982). Test equating. Orlando, FL.: Academic Press.
- 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.
- ITC – Comisión Internacional de Tests (2001). Diretrices internacionales para el uso de los tests. <http://www.cop.es/tests/Diretrices.html>, consultado em Out/03.
- Janet, P. (1908). Obsession de la honte du corps. Les Obsessions et la pscastenie , 2^a ed. Paris: Alcan.
- Kasahara, Y. (1987). Social phobia in Japan and Korea. Compreensive Psychiatry, 28(1): 32-39.
- Kelley, T.L. (1928). Crossroads in the mind of man. Stanford, C.A.: Stanford University Press.

- 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.
- Kraepelin, E. (1909). Psychiatrie, 8th ed. Leipzig: J.A. Barth.
- Kroeff, P. (1988). Síntese de posicionamentos a serem feitos quanto ao uso de testes psicológicos em avaliação psicológica. Anais da 18ª reunião Anual de Psicologia. Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, p. 535-537.
- Liebowitz, M.R. (1989). Cross culture issues in social phobia: a review for DSM IV. American Journal of Psychiatry, 101(1): 68-74.
- Lord, F.M. & Novick, M.R. (1968). Statistical theories of mental tests scores. Reading, M.A.: Addison-Wesley.
- Lord, F.M. (1980). Applications of item response theory to practical testing problems. Hillsdale, N.J.:Erlbaum.
- 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.
- Matos, M.A. (1999). Análise funcional do comportamento. Estudos de Psicologia, 16(3):8-18.

- Millman, J. & Arter, J.A. (1984). Issues in item banking. Journal of Educational Measurement, 21(2): 315:330.
- 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.
- Morselli, E. (1886). Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. Bolletino della Accademia di Genova, 6(1): 110-119.
- Nathan, P.E. (1994). DSM-IV: Empirical accessible, not yet ideal. Journal Clinical Psychologist, 50(2): 17-22.
- Neziroglu, F.A., McKay, D., Yaryura-Tobias, J.A., & Stevens, K.P. (1999). The overvalued ideas scale: development, reliability, and validity in obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 37(1): 881-902.
- 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.
- 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., & Tobias, J.A.Y. (1993). Exposure, response prevention and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. Behavior therapy, 24(1): 431-438.
- Norusis, M.J. (1994). SPSS for Windows. Chicago: SPSS Inc.

- Noronha, A.P. (1999). Avaliação Psicológica segundo psicólogos: usos e problemas com ênfase nos testes. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo.
- Noronha, A.P.P. (2001). Análise de coeficientes de testes de inteligência. Psico, 32(2): 73-86.
- Noronha, A.P.P., Sartori, F.A., Freitas, F.A. & Ottati, F. (2001). Informações contidas nos manuais de testes de inteligência publicados no Brasil. Psicologia em Estudo, 6(2): 101-106.
- Oakland, T. & Hus, S. (1993). International Perspectives on tests used with children and youths. Journal of School Psychology, 31(4): 501-517.
- 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.
- Osterling, S.J. (1983). Test item bias. Beverly Hills, CA: SAGE.
- 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. (1996). Teorias e métodos de medida em ciências do comportamento. Brasília: INEP.
- 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.

- 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. (1999). Body dysmorphic disorder and depression: theoretical considerations and treatment strategies. Psychiatric Quarterly, 70(4): 313-331.
- Phillips, K.A. (1991). Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. American Journal of Psychiatry, 148(9): 1138-1147.
- 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., & Diaz, S. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder, Journal of Nervous and Mental Disease, 185(9): 570-577.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Keck, P.E.Jr., Pope, H.G.Jr., & Hudson, J.I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. American Journal of Psychiatry, 150(2): 302-308.
- Phillips, K., McElroy, S., Hudson, J., Pope, H. (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., Dufresne, R.G.Jr., 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., 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.
- Reynolds, C.R. & Brown, R.T. (1984). Perspectives on bias in mental testing. New York: Plenum Press.
- Rinding, J. & Munro, A. (1975). Pimozide in the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 52(1): 23-30.
- Roid, G.H. & Haladyna, T.M. (1980). The emergence of an item-writing technology. Review of Education Research, 50(3): 293-314.
- Roid, G.H. & Haladyna, T.M. (1982). A technology for test item writing. New York: Academic Press.
- 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.
- 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.

- Russel, J.G. (1989). Anxiety disorders in Japan: A review of the japonese literature. Culture, Medicine and Psychiatry, 13(3): 391-403.
- Salvia, J., & Ysseldyke, J. (1991). Avaliação em Educação Especial e Corretiva. São Paulo: Manole.
- Santiago, M.D.E (1995). Psicodiagnóstico: uma prática em crise ou uma prática na crise? In: M. Ancona-Lopez (org.) Psicodiagnóstico: processo de intervenção. São Paulo: Cortez.
- 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.
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Petschuk, M.J., & Whitaker, L.A. (1998). Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patientes. Plastic and Reconstructive Surgery, 101(6): 1644-1649.
- Savóia, M.G. (2000). Diagnóstico diferencial entre fobia social e transtorno dismórfico corporal. Revista de Psiquiatria Clínica, 27(6): 316-318.
- Siegel, S. (1956). Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York: McGrawHill.
- 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.
- Skaggs, G. & Lissitz, R.W. (1986). IRT test equating: relevant issues and a review of recent research. Review of Educational Research, 56(2): 495-529.

- 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.
- Stevens, S.S. (1946). On the theory of scales of measurement. Science, 103(1): 667-680.
- Takahashi, T. (1989). Social phobia syndrome in Japan. Comprehensive Psychiatry, 30(1): 45-52.
- Thomas, C.S. (1984). Dysmorphophobia: a question of definition. British Journal of Psychiatry, 150(2): 406-407.
- Thomson, G.H (1940). Weighting for battery reliability and prediction. British Journal of Psychology, 30(3): 357-366.
- Thorndike, R.L. (1982). Applied Psychometrics. Boston: Houghton Mifflin.
- Thurstone, L.L (1935, 1947). Multiple factor analysis. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Torgerson, W.S. (1958). Theory and methods of scaling. New York: Wiley.
- 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. (Julho, 2004). Body Dysmorphic Disorder – FAQ. [on line]. Disponível em <http://www.btinternet.com/davidveale/bdinfo.html>.

- 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.
- Verthelyi, R.F. (1995). El rol del psicólogo en la evaluación multicultural: la evaluación bilingüe de niños hispanos en Estados Unidos. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 1(1): 141-151.
- Vitiello, B. & Leon, J. (1990). Dymorphophobia misdiagnosed as obsessive-compulsive disorder. Psychosomatics, 31(2): 220-222.
- Wainer, H. & Braum, H.I. (1988). Test validity. Hillsdale, N.J.:LEA.
- Wainer, H. (1990). Computadorized adaptative testing: a primer. Hillsdale, N.J.: LEA.
- 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.
- Wechsler, S.M. (1999). Guia de procedimientos éticos para a avaliação psicológica. In: S.M. Wechsler & R.S.L. Guzzo (Orgs.), Avaliação psicológica: Perspectiva internacional (pp. 133-141). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wechsler, S.M. (2001). Princípios éticos e deontológicos na avaliação psicológica. In: L. Pasquali (Org.), Técnicas de exame psicológico: T.E.P manual. Fundamentos das técnicas psicológicas (Vol. 1, pp. 171-193). São Paulo: Casa do Psicólogo / Conselho Federal de Psicologia.
- Wilhelm, S., 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.

Wright, B.D. & Bell, S.R. (1984). Items banks: What, why, how. Journal of Educational Measurement, 21(2): 331-346.



ANEXOS

ANEXO 1

Roteiro para conversar com os cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras

I – Informar os cirurgiões plásticos, 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 a 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, anteriormente explicadas e pacientes que não as tenham. Para os pacientes do Grupo 1 – Caso:

- * 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 3), sobre como entrar em contato com os pacientes e sobre como convidá-los a participar da pesquisa.

ANEXO 2

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

Esta é uma pesquisa científica realizada pela psicóloga Kátia Perez Ramos, CRP: 06/63372-3, sob orientação da Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia Clínica. A pesquisa tem como objetivo construir e validar uma escala do Transtorno Dismórfico Corporal para a utilização por profissionais da área de saúde.

A sua participação consistirá na busca de pacientes seus, atuais ou antigos, que tenham as características do TDC e aqueles que não as tenham. 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 e aqueles que não o tenham, 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.

Finalizando, gostaria de agradecer desde já a sua participação, enfatizando sua importância para que os objetivos desta pesquisa sejam alcançados, 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 3

Roteiro para os cirurgiões plásticos, 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 e para aqueles que, provavelmente não possuam o TDC.

II – Em relação aos que provavelmente tenham TDC convidar aqueles que confirmarem a manutenção do problema e também convidar os pacientes que seriam do Grupo 2 (não caso) 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 4

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 Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia Clínica.

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, sendo que esta escala será reaplicada após um período de tempo de aproximadamente 20 dias.

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 poderá ser fornecido a qualquer momento pela pesquisadora responsável.

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 5

Roteiro para caracterização e entrevista 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 6

Ficha de Análise dos Juízes

Esta é uma pesquisa científica realizada pela psicóloga Kátia Perez Ramos, CRP: 06/63372-3, sob orientação da Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia Clínica. A pesquisa tem como objetivo construir e validar uma escala 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 quatro fatores descritas no DSM-IV como critérios diagnósticos do TDC. Para cada fator do DSM-IV-R foi realizada uma descrição operacional em termos comportamentais que está apresentada abaixo. Tendo como referência esta descrição para cada categoria do DSM-IV-R 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.

- Insatisfação com a aparência física.
- Preocupação com alguma parte do corpo.
- Não existência de defeito nesta parte do corpo.

2 - Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.

- 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.

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

- 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.

FICHA PARA ANÁLISE DE JUÍZES

Especialidade Profissional: () Psiquiatra () Psicólogo

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).

ITENS DA ESCALA	FATORES			
	1 – Preocupação com um imaginado defeito na aparência.	2 - Caso uma ligeira anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.	3 - A preocupação causa sofrimento significativo na área clínica e prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outros campos importantes da vida do indivíduo.	4 - 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				

1ª VERSÃO

TDC – TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ESCALA PARA PROFISSIONAIS DA AREA DA SAUDE
--

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. A minha aparência física possui um defeito e por isso me sinto muito triste.

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

4. 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

5. 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

6. Posso um defeito na minha aparência física (especificamente em uma parte de meu corpo).

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

7. 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

8. 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

9. 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

10. Não me preocupo freqüentemente com a parte do corpo da qual não gosto.

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

11. 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

12. 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

13. Avalio-me negativamente devido a minha aparência física e 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

14. Não gosto de olhar no espelho por causa da parte do 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

15. 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

16. Não me sinto atraente 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

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

1 2 3 4
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

18. 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.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

19. Deixo de fazer muitas das coisas que deveria por causa do defeito na minha aparência física.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

20. 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).

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

21. Eu me sinto ansioso(a) quando percebo alguém olhando para mim.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

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

4 3 2 1

Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

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

4 3 2 1
Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

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

4 3 2 1
Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

25. 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

26. Me preocupo 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

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

4 3 2 1
Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

28. 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.

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

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

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

30. Evito olhar para o meu corpo, particularmente para a parte de minha aparência 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

31. Não consigo me sentir bem na maioria das situações por causa da parte do 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

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

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

33. Evito contatos físicos próximos como abraços e beijos por causa da 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

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

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

35. A minha percepção me diz que a maioria das pessoas me veem diferente do eu sou 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

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

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

37. Prefiro ficar em casa a sair 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

38. 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

39. 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

40. 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

41. 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

42. As pessoas comentam sobre o meu defeito na minha aparência física para mim sem que eu pergunte a elas.

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

43. 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

44. 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.

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

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

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

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

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

47. Eu tenho percepção de que a minha preocupação com a minha aparência física é exagerada.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

48. Me sinto muito angustiado(a) quando comparo a minha aparência física com a de outras pessoas.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

49. A maioria das vezes tento esconder meu defeito na aparência por meio de maquiagem ou roupas especiais.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

50. Fico preocupado(a) se as pessoas olham para mim pois estão olhando para o meu defeito.

4 3 2 1

Concordo
plenamente

Concordo

Discordo

Discordo
plenamente

Psicóloga Kátia Perez Ramos

CRP: 06/63372-3

2ª VERSÃO

TDC – TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ESCALA PARA PROFISSIONAIS DA AREA DA SAUDE
--

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.

3. 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

4. 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

5. 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

6. 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

7. Posso um defeito na minha aparência física (especificamente em uma parte de meu corpo).

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

8. 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

9. 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

10. 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

11. 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

12. 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

13. Avalio-me negativamente devido a minha aparência física e 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

14. 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

15. Não me sinto atraente 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

16. 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"/>
1	2	3	4
Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente

17. 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.

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

18. 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).

4
Concordo
plenamente

3
Concordo

2
Discordo

1
Discordo
plenamente

19. Eu me sinto ansioso(a) quando percebo alguém olhando para mim.

4
Concordo
plenamente

3
Concordo

2
Discordo

1
Discordo
plenamente

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

4
Concordo
plenamente

3
Concordo

2
Discordo

1
Discordo
plenamente

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

4
Concordo
plenamente

3
Concordo

2
Discordo

1
Discordo
plenamente

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

4
Concordo
plenamente

3
Concordo

2
Discordo

1
Discordo
plenamente

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

4
Concordo
plenamente

3
Concordo

2
Discordo

1
Discordo
plenamente

24. Me preocupo mais com a minha aparência física quando em situações sociais com colegas de trabalho, amigos, família, etc.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente

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

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente

26. 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 Concordo Discordo Discordo
plenamente

27. 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

28. 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

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

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente

30. Evito contatos físicos próximos como abraços e beijos por causa da 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

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

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

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

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

33. 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

34. 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

35. 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

36. 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

37. As pessoas comentam sobre o meu defeito na minha aparência física para mim sem que eu pergunte a elas.

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

38. 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

39. 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.

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

40. Sinto muita raiva por ter um 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

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

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

42. Eu tenho percepção de que a minha preocupação com a minha aparência física é exagerada.

1 2 3 4
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente plenamente

Muito obrigada!
Psicóloga Kátia Perez Ramos
CRP: 06/63372-3

3ª VERSÃO - PILOTO

TDC – TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ESCALA PARA PROFISSIONAIS DA AREA DA SAUDE
--

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.

43. 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

44. 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

45. 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

46. 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

47. 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

48. Penso frequentemente 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

49. As pessoas frequentemente 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

50. 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

51. 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

52. Avalio-me negativamente devido a minha aparência física e 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

53. 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

54. 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

55. 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.

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

56. 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

57. 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

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

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente

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

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente

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

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente

61. Me preocupo mais com a minha aparência física quando em situações sociais com colegas de trabalho, amigos, família, etc.

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente

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

4 3 2 1
Concordo Concordo Discordo Discordo
plenamente

63. 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 Concordo Discordo Discordo
plenamente

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

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

65. Evito olhar para o meu corpo, particularmente para a parte de minha aparência 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

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

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

67. Evito contatos físicos próximos como abraços e beijos por causa da 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

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

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

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

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

70. 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

71. 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.

4 3 2 1
Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

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

4 3 2 1
Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

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

4 3 2 1
Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

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

4 3 2 1
Concordo plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

75. 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 plenamente Concordo Discordo Discordo plenamente

76. Sinto muita raiva por ter um 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

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

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

Muito obrigada!

Psicóloga Kátia Perez Ramos

CRP: 06/63372-3