



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS,
LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO NEUROCIÊNCIA COGNITIVA E
COMPORTAMENTO**

**Elaboração e Validação de um Instrumento de Rastreio para o
Transtorno Dismórfico Corporal**

Alcira de Lourdes Teotonio Cavalcanti

PPGNeC
Programa de Pós-graduação em
Neurociência Cognitiva e Comportamento

**João Pessoa - PB
2018**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS,
LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO NEUROCIÊNCIA COGNITIVA E
COMPORTAMENTO**

**Elaboração e Validação de um Instrumento de Rastreio para o
Transtorno Dismórfico Corporal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento – Nível mestrado – do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Psicobiologia, Neuropsicologia e Processos Psicológicos Básicos.

Orientador:
Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade

**João Pessoa - PB
2018**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C376e Cavalcanti, Alcira de Lourdes Teotonio.

Elaboração e validação de um instrumento de rastreio
para o transtorno dismórfico corporal / Alcira de
Lourdes Teotonio Cavalcanti. - João Pessoa, 2018.
115 f. : il.

Orientação: Josemberg Moura de Andrade.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Transtorno dismórfico corporal. 2. Avaliação
psicológica. 3. Neurobiologia. 4. Psicometria. I.
Andrade, Josemberg Moura de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616.891.7(043)



FOLHA DE APROVAÇÃO

ALCIRA DE LOURDES TEOTONIO CAVALCANTI

Elaboração e Validação de um Instrumento de Rastreo para o Transtorno Dismórfico Corporal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento da Universidade Federal da Paraíba como exigência final para a obtenção do título de Mestre.

Data de aprovação: 28 / 02 / 2018

Banca examinadora:

Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade - UFPB
Orientador/ Presidente da banca examinadora

Profa. Dra. Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino - UFPB
Examinadora Interna

Prof. Dr. Thiago Antônio Avellar de Aquino - UFPB
Examinador Externo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Francisco Teotonio de Sousa (*in memoriam*), pai amado, que sempre acreditou e incentivou minhas potencialidades, e Daise Gomes Teotonio, por deixar-me livre para trilhar meu caminho.

Ao meu esposo, Ricardo Alexandre, por priorizar as minhas necessidades acadêmicas durante todo mestrado. Aos meus filhos, Ilanna, Renan e Ianne, que me movem à ser exemplo de luta.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a Deus pela misericórdia de viver; À minha família, pela paciência e apoio oferecidos durante todo percurso do mestrado; Ao meu orientador, prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade, primeiro pela coragem em aceitar me orientar mesmo sabendo das minhas vastas limitações no campo da psicometria, e segundo pelo apoio, paciência, e questionamentos que contribuíram no processo de desenvolvimento deste trabalho; À Dandara Palhano pelo apoio incondicional nos momentos de angústia, apaziguando meu coração quando pensei que não conseguiria dar conta, na troca de ideias quanto às análises dos dados, e pela amizade formada durante as aulas recebidas; Às integrantes do Grupo de Pesquisa em Avaliação e Medidas Psicológicas — GPAMP, Kaline e Juliana, pelo apoio e ajuda no desenvolvimento desta pesquisa; Ao prof. Dr. Nelson Torro Alves, pela disponibilidade e abertura de ajudar na execução da pesquisa, e por todo apoio dado nos momentos de dúvidas com relação ao mestrado; À profa. Dra. Suellen de Andrade Marinho, pela sensibilidade e acolhimento nos momentos de desespero e solidão; Aos colaboradores do curso de Psicologia, Luã Medeiros, Gabriela Medeiros, Jhéssyka Nátally, Nathália Costa, Rayssa e Rafaela pela essencial contribuição na coleta dos dados; Aos professores que aceitaram participar das bancas de qualificação e defesa; À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento — PPGNEC, nas pessoas do Prof. Dr Nelson Torro, Profa. Dra. Miriam e Rafaela, pela prontidão em solucionar as demandas que surgiram no decorrer desta caminhada; Aos colegas do mestrado que, durante as argumentações nas aulas, contribuíram, significativamente na ampliação das minhas redes neurais; À todas as pessoas que de forma direta e indireta, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal, acadêmico e profissional.

“Temo somente uma coisa: não ser digno do meu tormento”.
(Dostoievsky)

RESUMO

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), de acordo com o DSM-5, é um transtorno no qual os indivíduos que sofrem com ele veem deformação corporal em uma ou mais partes de si mesmos. Tal transtorno está caracterizado dentro do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), por causa de suas comorbidades. O foco em uma anomalia corporal é o seu diferencial diagnóstico. No entanto, o TDC é subdiagnosticado e, com isso, aumenta-se a intensidade dos sintomas que podem levar os indivíduos que sofrem com este transtorno a cometer suicídio. Tendo em vista a necessidade de avaliação precoce deste transtorno, esta pesquisa teve como objetivo elaborar e obter evidências de validade e fidedignidade do Instrumento de Rastreamento para o Transtorno Dismórfico Corporal (IRTDC). Para isso, inicialmente, a pesquisa foi apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo aprovação para execução no protocolo nº 2.089.447. O estudo foi dividido em três etapas, a saber: (1) elaboração de 80 itens para o IRTDC, além de análise semântica e de juízes; (2) estudo piloto com amostra (conveniência) de 169 estudantes universitários; e (3) estudo final com uma amostra de 612 sujeitos divididos em 3 grupos (universitários, estudantes do Ensino Médio e sujeitos clínicos). Na primeira etapa não houve modificações dos itens do instrumento. Todavia, após as análises psicométricas realizadas (Análise de Componentes Principais e Teoria de Resposta ao Item), no estudo piloto, houve a perda de 47 itens cujos coeficientes psicométricos não foram adequados. Além disso verificou-se a unidimensionalidade do instrumento. No estudo final o instrumento passou por Análise Fatorial Exploratória (AFE), Confirmatória (AFC) e análise dos itens por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI), além de obtenção de evidências de validade de critério. Outras análises de comparação de grupos foram realizadas, além de análises de correlação e de regressão. Concluiu-se que o instrumento é válido em termos fatoriais exploratórios e confirmatórios (GFI = 0,999; AGFI = 0,999; TLI = 0,992; CFI = 0,993; PGFI = 0,846; RMSEA = 0,080) e fidedigno (Alfa = 0,965). Os itens do instrumento também apresentaram bons parâmetros de dificuldade e discriminação de acordo com a TRI. Ainda, o instrumento apresentou evidências de validade de critério externo, pois conseguiu diferenciar os sujeitos do grupo clínico, com maior pontuação média (87,05) dos grupos universitários (56,95) e estudantes do Ensino Médio (73,09). Além disso, também foram encontradas evidências que demonstraram que o IRTDC conseguiu diferenciar a pontuação dos homens e mulheres, tanto no grupo geral quanto no grupo clínico, nos quais os homens pontuaram menos e mais respectivamente. Finalmente, foram encontrados resultados que permitem afirmar que a idade prediz o TDC de forma negativa, ou seja, quanto menor a idade, maior a pontuação no IRTDC, explicando 21,4% da predição para o construto. Concluiu-se que o IRTDC apresentou evidências de validade e fidedignidade para utilização em pesquisas.

Palavras-chave: Transtorno Dismórfico Corporal; Avaliação Psicológica; Neurobiologia; Psicometria.

ABSTRACT

Body Dysmorphic Disorder (BDD), according to DSM-5, is a disorder in which individuals who suffer from it see body deformity in one or more parts of themselves. This disorder is characterized by Obsessive Compulsive Disorder (OCD), because of its comorbidities. The focus on a body anomaly is its diagnostic differential. However, BDD is underdiagnosed and thereby increases the intensity of symptoms that can lead individuals suffering from this disorder to commit suicide. Considering the need for an early evaluation of this disorder, this study aimed to elaborate and obtain evidence of validity and reliability of the Body Dysmorphic Disorder Screening Instrument (IRTDC). For this, initially, the research was presented to the Research Ethics Committee, receiving approval for execution in protocol n ° 2,089,447. The study was divided into three stages, namely: (1) elaboration of 80 items for the IRTDC, in addition to semantic and judges analysis; (2) pilot study with sample (convenience) of 169 university students; and (3) final study with a sample of 612 subjects divided into 3 groups (university students, high school students and clinical subjects). In the first step there were no changes to the items of the instrument. However, after the psychometric analysis (Principal Components Analysis and Item Response Theory), in the pilot study, there were 47 items whose psychometric coefficients were not adequate. In addition, the unidimensionality of the instrument was verified. In the final study, the instrument underwent Exploratory Factor Analysis (AFE), Confirmatory (AFC) and item analysis through Item Response Theory (TRI), in addition to obtaining evidence of criterion validity. Other analyzes of group comparison were performed, in addition to correlation and regression analyzes. It was concluded that the instrument is valid in exploratory and confirmatory factorial terms (GFI = 0.999, AGFI = 0.999, TLI = 0.992, CFI = 0.993, PGFI = 0.846, RMSEA = 0.080) and reliable (Alpha = 0.965). The items of the instrument also presented good parameters of difficulty and discrimination according to TRI. Furthermore, the instrument presented evidence of validity of external criteria, since it was able to differentiate the subjects from the clinical group, with higher average scores (87.05) from university groups (56.95) and high school students (73.09). In addition, we also found evidence that the IRTDC was able to differentiate the scores of men and women, both in the general group and in the clinical group, in which the men scored less and more respectively. Finally, we found results that allow us to affirm that age predicts BDD in a negative way, that is, the lower the age, the higher the score in the BDET, explaining 21.4% of the prediction for the construct. It was concluded that the IRTDC presented evidence of validity and reliability for use in research.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder; Psychological evaluation; Neurobiology; Psychometry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Conceitos fundamentais da Logoterapia e Análise Existencial.....	29
Figura 2 – Dimensões Humanas	30
Figura 3 – Características cognitivas afetadas no TDC	31
Figura 4 – Vias de acesso às dimensões humanas no TDC	34
Figura 5 - Passos para elaboração de instrumentos psicométricos.....	49
Figura 6 – Etapas executadas no desenvolvimento do IRTDC.....	62
Figura 7 – Gráfico de sedimentação <i>Scree Plot</i>	68
Figura 8 – Diagrama de Caminhos IRTDC.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Áreas implicadas no TDC	35
Quadro 2. Vias Dopaminérgica e Serotoninérgica	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Instrumentos Avaliadores do TDC.	39
Tabela 2 – Demonstrativo de tamanho amostral pelo método de amostragem estratificada ...	46
Tabela 3 – Demonstrativo de Definições Constitutivas e Operacionais	50-51
Tabela 4 – Caracterização dos Juízes especialistas.....	52
Tabela 5 – Demonstrativo de cargas e comunalidades dos itens	64-66
Tabela 6 – Valores próprios, Variância explicada e cumulativa, e Análise Paralela do IRTD	67
Tabela 7 – Cargas fatoriais e comunalidades dos itens, variância explicada, Valor próprio e Alfa de Cronbach	68-69
Tabela 8 – Demonstrativos de resultados da Análise Confirmatória	71
Tabela 9 – Demonstrativo dos parâmetros de Dificuldade e Discriminação	72
Tabela 10 – Dados descritivos dos grupos amostrais	73
Tabela 11 – <i>Post-hoc</i> de Tukey para comparação de grupos.....	74
Tabela 12 – Correlação r de Pearson entre variáveis sociodemográficas.....	75
Tabela 13 – Regressão entre idade e o IRTDC	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADF – Distribuição Assintótica Livre
AF – Análise Fatorial
AFC – Análise Fatorial Confirmatória
AFE – Análise Fatorial Exploratória
AGFI – *Adjusted Goodness-of-FIT Index*
AMOS – *Analysis Moment Structures*
ANOVA – Análises de Variância
APA – *American Psychiatric Association*
CCI – Curva Característica do Item
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFI – *Comparative FIT Index*
CFP – Conselho Federal de Psicologia
DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
EA-TDC – Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal
FE – Frustração existencial
GFI – *Goodness-of-Fit Index*
IRTDC – Instrumento de Rastreio do Transtorno Dismórfico Corporal
KMO – *Kaiser-Mayer-Olkin*
LV – Liberdade da vontade
MSA – Medida de adequação de amostragem
NE – Neurose noogênica
N0 – Hipótese Nula
OFC – Córtex orbitofrontal
PAF – Fatoração do eixo principal
RMSEA – *Root-Mean-Square Error of Approximation*
SATEPSI – Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SEM – Modelagem por equações estruturais
SV – Sentido da vida
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCT – Teoria Clássica dos Testes

TDC – Transtorno dismórfico corporal

TEEP – Teoria de elaboração de escalas psicológicas TDC – Transtorno Dismórfico Corporal

TOC – Transtorno obsessivo compulsivo

TRI – Teoria de Resposta ao Item

VE – Vazio existencial

VS – Vontade de sentido

SUMÁRIO

1 Introdução	16
1.1 Objetivos	18
1.1.1 Geral	18
1.1.2 Específicos	18
2 Marco Teórico	19
2.1 Transtorno Dismórfico Corporal.....	19
2.2 Contextualização Histórica	19
2.3 Características Diagnósticas	21
2.4 Curso e epidemiologia do TDC	24
2.5 Sintomas do TDC	24
2.6 Aspectos Psicológicos	26
2.6.1 Contextualização histórica da Logoterapia e Análise Existencial	26
2.6.2 Conceitos Fundamentais	28
2.6.3 TDC na ótica da Logoterapia e Análise Existencial	30
2.7 Características Neurobiológicas	33
2.8 Instrumentos de avaliação do TDC	38
3 Considerações Metodológicas	42
3.1 Tipo de pesquisa	42
3.2 Cenário da investigação.....	42
3.3 População/Amostra do estudo.....	42
3.3.1 Estudo Piloto – Amostra	43
3.3.2 Estudo Final - Adolescentes não clínicos.....	43
3.3.3 Estudo Final - Adultos não clínicos	43
3.3.4 Estudo Final - Adultos Clínicos.....	44
3.3.5 Cálculo Amostral.....	44
3.4 Critérios de Inclusão e não-inclusão.....	47
3.5 Critérios Éticos.....	47
3.6 Instrumento	48
3.6.1 Questionário Sociodemográfico.....	48
3.6.2 Instrumento de rastreio doTDC	48
3.7 Procedimento	50
3.8 Tratamento e Análise de dados.....	53

3.8.1	<i>Teoria Clássica dos Testes</i>	54
3.8.1.1	Teste <i>t</i> de Student para amostras independentes	54
3.8.2	<i>Análise de Variância (ANOVA de um fator independente)</i>	55
3.8.3	<i>Análise fatorial</i>	56
3.8.3.1	Análise Fatorial Exploratória	56
3.8.3.2	Análise Fatorial Confirmatória	58
3.8.4	<i>Alfa de Cronbach</i>	59
3.8.5	<i>Teoria de Resposta ao Item</i>	60
4	Resultados e Discussão	61
4.1	Elaboração dos Itens	62
4.2	Estudo Piloto	63
4.3	Estudo Final	67
4.3.1	<i>Análise Fatorial Exploratória</i>	67
4.3.2	<i>Modelagem de Equações Estruturais</i>	70
4.3.3	<i>Dificuldade e Discriminação dos Itens TRI</i>	71
4.3.4	<i>Validade de Critério</i>	73
4.3.5	<i>Análise de Regressão</i>	74
5	Considerações Finais	77
	Referências	79

1 Introdução

Observa-se atualmente que muitos indivíduos estão cada vez mais envolvidos na busca por um estereótipo de corpo dito como perfeito, nos quais os paradigmas estéticos supervalorizam determinadas formas físicas como sendo imprescindíveis para os sujeitos se tornarem felizes (Queiroz, 2009; Ramos, 2009). O modo de vida na contemporaneidade impõe um descontentamento crescente com relação à estrutura corporal, e com isso instiga-se a imaginação dos indivíduos sobre o corpo esteticamente perfeito (Menezes, Santos, Pimenta, Favaretto, & Ruback, 2014; Ramos, 2009)..

Ressalta-se que alguns sujeitos, por mais esforços que façam para possuir uma aparência sem defeitos, dentro de um padrão social contemporâneo considerado como belo, sempre olham para si, encontrando deformidades. Essa ideia constante de anormalidade corporal pode chegar a atitudes extremas como a retaliação do corpo (Queiroz, 2009). O sofrimento vivido por estes indivíduos diante da perspectiva de estarem corporalmente deformados, instiga-os a buscarem sucessivamente por cirurgias plásticas e outros procedimentos estéticos (Brito, Nahas, Cordas, Felix, Sabino, & Ferreira, 2014; Queiroz, 2009).

Questiona-se até que ponto um sujeito que vive se submetendo a inúmeros procedimentos médicos e estéticos está mentalmente saudável. Segundo Menezes et al. (2014) e Ramos (2004), o desejo de uma imagem perfeita não significa que o indivíduo sofra com um transtorno mental, mas pode haver a possibilidade da existência de um determinado transtorno em específico. Neste entendimento, alguns indivíduos convivem, sem saber, com um transtorno que os fazem perceber em si uma deformação corporal. Esta percepção leva os indivíduos a uma busca constante por tratamentos dermatológicos, intervenções cirúrgicas (plásticas), tratamentos dentários, entre outros (Ramos, 2009).

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é um transtorno mental que permanece desconhecido pela maioria dos indivíduos, pois ainda é pouco estudado e seu diagnóstico não é reconhecido pela prática médica (Brito et al., 2014; Salina-

Brandão, Cassetari, Daroz, Fernandes & Bolsoni-Silva, 2011). Abre-se, dessa forma, espaço para possibilidade de erro na avaliação do mesmo. Isto pode favorecer o agravamento na intensidade dos sintomas, que ampliam o sofrimento dos sujeitos que convivem com tal transtorno.

Dos sintomas característicos do TDC, o que mais o representa é a exacerbada preocupação com um suposto defeito, sendo percebido como uma deformidade em uma ou mais partes do corpo (American Psychiatric Association, 2014). Em virtude dos sujeitos com TDC não conseguirem ver a sua face, ou mesmo o seu corpo como um todo, eles vão potencializando em si mesmos o sentimento de vergonha com relação à sua aparência, contribuindo, em consequência, para os indivíduos se tornarem tristes, isolados, podendo até chegar a cometerem suicídio (D'Assumpção, 2007; Li et al., 2015).

Mesmo com o conhecimento corrente de que a avaliação dos pacientes em psicopatologia se dá, comumente, por meio de entrevista e observação clínica (Dalgalarondo, 2008), é imprescindível o uso de instrumentos psicométricos como um auxiliar adicional na construção assertiva da análise. No entanto, em relação à averiguação do TDC, em sua maioria, os instrumentos encontrados (estes serão discutidos mais adiante) não são construídos com foco exclusivo para esta demanda (Ramos, 2009), ou seja, eles foram adaptados e com isso alguns aspectos do TDC podem não ser avaliados.

O único instrumento de origem brasileira, identificado, – a Escala de Avaliação do TDC (EA-TDC) – desenvolvido por Ramos (2004), contou com uma amostra total composta por 30 sujeitos. Esse valor amostral é considerado insuficiente, pois segundo Pasquali (1999) essa quantidade teria que ser de 5 a 10 indivíduos por item desenvolvido para o instrumento. Ainda, para a realização da análise fatorial, conforme Tabachnick e Fidell (1996), essa composição da amostra deve ser de pelo menos 300 sujeitos. Com isso necessita-se construir um instrumento cuja amostra total possibilite a execução de análises estatísticas e psicométricas consistentes. Faz-se necessário obter evidências de validade e fidedignidade do instrumento proposto, bem como realizar a estimação dos parâmetros de dificuldade e discriminação dos itens elaborados. Além do exposto notou-se que na etapa de análise teórica da EA-TDC, não houve a realização da análise semântica. Esta análise refere-se a apreciação dos itens por indivíduos do estrato educacional mais baixo da amostra para que se avalie a compreensão do conteúdo dos itens.

Verifica-se também que o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) do Conselho Federal de Psicologia (CFP) não possui, em sua listagem de instrumentos aprovados, um que avalie o TDC. Diante de todo exposto, a presente pesquisa objetivou elaborar e obter

evidências de validade de construto de um instrumento de rastreio do TDC.

A pesquisa terá como aportes teóricos o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5) para embasar a discussão sobre o TDC. Sequencialmente, para a operacionalização do construto em questão em itens, foram adotados os passos indicados por Pasquali (2010). Para verificação das evidências de validade de construto do instrumento foram utilizadas as técnicas de análise fatorial exploratória e confirmatória. Por fim, a Teoria de Resposta ao Item (TRI) também foi utilizada para calibração dos itens e refinamento do instrumento de medida.

Como hipóteses levantadas acredita-se que: I – Os itens dos instrumentos abarcam os critérios diagnósticos do TDC segundo o DSM-5; II – O instrumento elaborado e validado apresenta propriedades psicométricas satisfatórias; III – Os itens que compõem o instrumento de rastreio do TDC apresentam bons índices de dificuldade e discriminação.

1.1 Objetivos

Com base no exposto são apresentados o objetivo geral da presente dissertação de mestrado, bem como os objetivos específicos.

1.1.1 Geral

Elaborar e obter evidências de validade de construto e fidedignidade de um Instrumento de Rastreio para o Transtorno Dismórfico Corporal (IRTDC).

1.1.2 Específicos

- 1 Elaborar os itens da escala;
- 2 Realizar análise teórica dos itens elaborados;
- 3 Verificar evidências de validade e fidedignidade do instrumento;
- 4 Estimar os parâmetros de dificuldade e discriminação dos itens elaborados;
- 5 Verificar relações entre as variáveis sociodemográficas e os escores do instrumento.

2 Marco Teórico

2.1 Transtorno Dismórfico Corporal

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é um transtorno que afeta a saúde mental e está diretamente relacionado à percepção da imagem corporal que os sujeitos têm de si (Amâncio et al., 2002; Ramos, 2004). Para alguns estudiosos, a definição é dita como um sentimento de feiura e/ou uma deformidade física que o paciente percebe na sua aparência, levando-o a buscar procedimentos cirúrgicos (Brito et al., 2014). Para outros, pode ser definido pela obsessiva preocupação com um provável defeito corporal, mesmo que este se apresente mínimo. O indivíduo se vê deformado ou teme deformar-se (Feusner et al., 2010; Nascimento et al., 2010).

Nessa perspectiva, o sujeito que sofre com o TDC torna-se preso em uma auto-percepção distorcida que o faz acreditar que uma parte de seu corpo está drasticamente deformada. Todavia, a deformidade não existe de fato e, caso exista, é algo ínfimo e sutil, no entanto, será superestimada (APA, 2014). Conrado (2009) evidencia que o TDC tem como questão central a crença absoluta de que o indivíduo é deformado, feio, ou não possui atrativos em qualquer aspecto de sua aparência corpórea.

Apesar de o TDC ser pouco conhecido, este não é um transtorno identificado recentemente (Ramos, 2009). Por este motivo torna-se válido conhecer seu desenvolvimento histórico e como o mesmo foi referenciado na literatura desde a sua descoberta até o DSM-5. O próximo tópico tratará desta contextualização.

2.2 Contextualização Histórica

Todo evento, adoecimento ou desenvolvimento sedimenta-se com um marco inicial. Dessa forma, o TDC também teve seu ponto de partida, seja na mitologia grega, onde no conto de Herodotus, é relatado o sofrimento de uma jovem espartana que, por falta de beleza, é levada todos os dias incessantemente a um templo para livrar-se do seu infortúnio (Menezes et al., 2014). Ou mesmo, nas histórias literárias como a do Corcunda de Notre Dame de Victor Hugo. Neste último, há a descrição sobre a repulsa e hostilidade dos habitantes da cidade em virtude das deformidades e feiura de Quasímodo, personagem principal da história (D'Assumpção, 2007).

Dismorfofobia foi a descrição dada ao TDC quando o psiquiatra italiano Enrico Morselli, no ano de 1886, o caracterizou pela primeira vez (Brito et al., 2014; D'Assumpção, 2007). A nomenclatura é a junção das palavras *dismorfo*, que vem do grego *dýsmorphus* (disforme), mais fobia, que também é originária na língua grega *phóbos* (medo), mais a terminação 'ia'. Dessa forma, Dismorfofobia é o medo patológico de ser ou tornar-se disforme. Apesar da sua caracterização diagnóstica ter sido relatada há mais de cem anos, o TDC só conseguiu ser inserido na lista de doenças (sofrimentos) mentais do *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) em 1987 quando o referido manual já estava na sua terceira edição (Nascimento, 2010; Veale & Matsunaga, 2014).

Antes desse período era possível encontrar o TDC na literatura médica em relatos de casos. Pode-se citar, por exemplo, o caso clínico do “homem lobo” que foi tratado e descrito por Sigmund Freud, cujo paciente era um aristocrata que via seu nariz disforme, e que tal visualização fez com que ele parasse de sair de casa para que as pessoas não notassem a sua deformação (Freud, 2010). Mais recente, tem-se o exemplo de uma modelo brasileira que no período de cinco anos, do ano de 1998 até 2003, passou por trinta cirurgias plásticas para modificação corporal, além de lipoaspirações e outros procedimentos estéticos (Queiroz, 2009). No DSM-5, o TDC aparece referenciado dentro da categoria dos transtornos obsessivos compulsivos. Dentre os seus sintomas há obsessões (pensamentos que se fazem presentes a todo momento, de maneira intrusiva, persistente e indesejada) e compulsões (comportamentos e/ou atos mentais repetitivos, nos quais o indivíduo sente-se obrigado a executá-los de forma rígida para corresponder a sua obsessão) (APA, 2014). Reitera-se que os referidos sintomas, no TDC, estão voltados à condição *sine qua non* da percepção de deformação corporal.

Atualmente, o TDC é apresentado no DSM-5 como um transtorno cujos sujeitos que sofrem com ele, estão intensamente preocupados com um ou mais defeitos (anomalias) percebidos em sua aparência física. Ressalta-se, no entanto, que tais defeitos não são realmente observáveis ou parecem insignificantes e até leves às demais pessoas (Amâncio et al., 2002).

Assim, questiona-se como se pode chegar à hipótese diagnóstica do TDC? Quais os aspectos que precisam ser conhecidos pelos profissionais da saúde para checar a presença deste transtorno? Estes aspectos são tratados a seguir.

2.3 Características Diagnósticas

Para nortear o desenvolvimento das características diagnósticas do TDC, desde sua primeira referência até o DSM-5, tem-se que estabelecer a descrição inicial levantada por Morselli. Enrico Morselli, médico psiquiatra italiano, nascido em 17 de julho de 1852 foi o primeiro estudioso que teve o interesse de observar e catalogar o conhecimento sobre o referido transtorno. Ele o caracterizou como sendo a percepção subjetiva de feiura ou deformidade física na qual os sujeitos acometidos por tal transtorno acreditam que, devido a sua feiura, são observados por terceiros, mesmo que sua aparência física não concilie com a forma percebida e esteja dentro da convenção de normalidade (Morselli, 1886). Ou seja, o indivíduo detém sobre si mesmo uma percepção seletiva, entendendo-se aqui como a forma compartimentalizada que o sujeito se olha.

Com relação ao DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), o TDC surge inserido na classe do Transtorno Somatoforme Atípico, não apresentando seu critério diagnóstico (Ramos, 2004) e, no DSM III-R (American Psychiatric Association, 1987), quando o transtorno é melhor descrito. Por estabelecer-se seu critério diagnóstico, são acrescentadas a este as variações: não delirante e delirante. Entretanto, vale ressaltar que no referido manual, Transtorno Somatoforme implica na presença de sintomas físicos que resultam em uma condição médica geral, porém esta condição não pode ser explicada completamente nem por uma condição médica geral, nem tampouco por efeitos diretos de uma substância ou mesmo devido a outro transtorno mental (APA, 1987).

Na descrição do TDC posta pelo DSM-IV, e transcrita por Caixeta, Costa, Caixeta, Nóbrega e Hanna (2007), são referenciadas três características diagnósticas que são: 1) preocupação com um problema de aparência física imaginária; 2) se houver alguma anomalia física de fato, a preocupação é claramente excessiva, não congruente; e 3) prejuízo funcional na vida diária por conta destas preocupações. Enfatiza-se ainda que no DSM-IV-TR o TDC continua referenciado na categoria de Transtorno Somatoforme, pressuposto consolidado desde o DSM-III (APA, 1987; 1980).

Na última atualização do referido manual diagnóstico, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), ocorre a alteração no grupo de classificação do TDC. Neste, o TDC deixou de fazer parte do grupo Transtorno Somatoforme e entrou na categoria de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), assumindo, com isso, a ênfase principal nos sintomas obsessivos e compulsivos pelos quais os sujeitos são acometidos com maior intensidade, indo além da questão de insatisfação e defeito corporal (APA, 2014).

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014, p. 242), os critérios diagnósticos do TDC estão especificados como:

- A. Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou que parecem leves para os outros;
- B. Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo executou comportamentos repetitivos (p. ex., verificar-se no espelho, arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização) ou atos mentais (p. ex., comparando sua aparência com a de outros) em resposta às preocupações com a aparência;
- C. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;
- D. A preocupação com a aparência não é mais bem explicada por preocupações com a gordura ou o peso corporal em um indivíduo cujos sintomas satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno alimentar.

Comparando os referidos critérios diagnósticos apresentados nos DSM-IV-TR e DSM-5 as mudanças encontradas foram: 1) o que aparecia como problema de aparência física (termo genérico que dá margem às interpretações errôneas) passa para o termo defeitos ou falhas percebidas na aparência física; 2) este critério, no DSM anterior, focava a preocupação excessiva, já no atual evidenciam-se os componentes obsessivos e compulsivos do transtorno que foram acrescentados às características diagnósticas, ou seja, a preocupação foi colocada em ação — comportamentos e/ou pensamentos; 3) aqui o antecessor trazia o prejuízo funcional relacionado à vida diária — termo genérico — e no recente, além do prejuízo agora esclarecido em todos os campos significativos ao indivíduo, fica contemplado o sofrimento (emocional) que o transtorno causa ao sujeito; e, por fim, foi acrescentado ao DSM-5 o quarto critério que diz respeito 4) à distinção que deve ser feita entre a preocupação específica do TDC com a preocupação que indivíduos com Transtorno alimentar (TA) apresentam, ou seja, volta-se não a anormalidades, mas sim ao peso e gordura (APA, 2000; 2014).

Além dos quatro critérios, o manual (DSM-5) tanto faz menção à dismorfia muscular (a ideia de que os músculos que compõem a estrutura corporal são pequenos) como sendo uma extensão do TDC, quanto referenciando a distinção do transtorno em intensidade. Estes se tornam diferentes entre si pelo grau de insight que o sujeito tem em relação ao que ele acredita como verdade sobre a sua deformidade (APA, 2014). Desta maneira, pode-se caracterizar o TDC como: 1) *Insight* bom ou razoável (as crenças do transtorno podem ou não ser verdadeiras; 2) *Insight* pobre: o indivíduo acredita na provável veracidade de suas crenças sobre as deformidades; 3) *Insight* ausente (crenças delirantes): neste grau o indivíduo está

completamente certo de que as crenças ruminantes do TDC são verdadeiras (APA, 2014).

Ratifica-se que a condição característica aos indivíduos que sofrem com este transtorno é a atenção exagerada em um defeito físico percebido, muitas vezes de forma imaginária, no corpo ou na aparência (APA, 2014; Conrado, 2009). Isto quer dizer que, quem sofre com este transtorno mantém-se refém de uma percepção que distorce sua imagem, acreditando veementemente na deformação de uma ou mais partes do corpo e/, ou rosto. Ressalta-se que esta peculiaridade, de eleger uma ou mais partes específicas do corpo, é o que distingue o TDC de outros transtornos como, por exemplo, os transtornos alimentares, já que nestes a preocupação está relacionada ao peso (Moriyama & Amaral, 2007).

Cabe questionar também o que diferencia o TDC do TOC. Existe no TOC sintomas como limpeza — cujos indivíduos estão lavando as mãos ou limpando objetos e ambientes frequentemente; simetria — disposição de objetos milimetricamente alinhados, antes de deitar na cama senta e levanta repetidamente, ao fechar uma porta de chave, baixa e levanta o trinco uma certa quantidade de vezes; pensamentos proibidos ou tabus; e, por fim, ferimentos — este aparece quando o sujeito teme se ferir e ferir outras pessoas; as compulsões neste caso, estão relacionadas a esses ferimentos (APA, 2014). Tais características não fazem parte dos sintomas característicos do TDC.

Entretanto, como já foi exposto anteriormente, o transtorno estudado apresenta sintomas similares aos do TOC, sendo estes a preocupação exagerada, a obsessão e a compulsão, porém, todos voltados ao defeito percebido (APA, 2014). Abre-se aqui outra perspectiva, que é no aspecto psicopatológico, além do comprometimento do pensamento. Fala-se neste momento da característica primordial do TDC, que é a visão de anomalia em parte(s) do corpo. Quando se refere a visão, pensa-se na possibilidade de ocorrer algum problema no órgão principal do sistema visual que é o olho, mas já ficou comprovado que isso não procede. O que acontece no transtorno estudado é o desequilíbrio no processamento visual (visuo-espacial) dos detalhes e processamento configuracional das imagens (Li et al., 2015).

Nessa perspectiva, pensa-se também sobre uma possível alteração da sensopercepção, sendo esta, a sensação dos fenômenos que são gerados por estimulações físicas, químicas ou biológicas variadas, podendo ser geradas tanto fora quanto dentro do organismo, as quais produzem alterações nos órgãos receptores (Dalgarrondo, 2008). Na sensopercepção o elemento primário que a caracteriza é a imagem perceptiva real, sendo esta composta de nitidez (precisão dos contornos); corporeidade (viva, com brilho, luz, corpórea); estabilidade (não há mudança de um momento para outro); extrojeção (vem do meio externo); ininfluenciabilidade voluntária (não há como mudar a imagem voluntariamente); completude (desenho completo).

Ao se tratar do TDC acredita-se que ocorre é a alucinação visual, pois esta se estabelece, de acordo com Dalgalarondo (2008), como sendo a pseudopercepção envolvendo a visão. Enfim, para o sujeito que sofre com o TDC, ele vê realmente a deformação em decorrência da alteração na sensopercepção.

Após a descrição sobre o que é TDC, sua evolução histórica, e seus respectivos critérios diagnósticos, torna-se necessário adentrar também, na esfera inicial do transtorno e sua respectiva epidemiologia. Os referidos assuntos são tratados no tópico adiante.

2.4 Curso e epidemiologia do TDC

Tem-se o consenso de que o TDC, em geral, inicia seus sintomas na adolescência (final) ou início da idade adulta (Amâncio et al., 2002; APA, 2014; Ramos, 2004). De acordo com o DSM-5, atualmente, há conhecimento de que, para o estabelecimento do TDC, existe uma média de idade entre 16 e 17 anos, cujos sintomas iniciais, geralmente, se desenvolvem gradualmente. No entanto, em alguns casos, o TDC pode ocorrer abruptamente entre os 12 e 13 anos (APA, 2014).

No ímpeto de conhecer um pouco mais sobre o transtorno em questão, deve-se ainda tomar ciência de que o mesmo tanto afeta homens quanto, mulheres (APA, 2014; Menezes et al., 2014), ou seja, não há distinção na incidência do TDC entre os sexos. Esse fato se ratifica através da prevalência mostrada pelo DSM-5 (APA, 2014) a qual reitera que entre a população adulta dos Estados Unidos com incidência do transtorno, 2,5% é do sexo feminino e 2,2% é do sexo masculino. Na Alemanha esse percentual é de 1,7% nas mulheres e 1,8% nos homens. Não há estudos epidemiológicos voltados à população geral, realizados no Brasil, existindo apenas menções em pacientes de cirurgia cosmética e dermatologia que equivalem de 2,9 a 16% (Conrado, 2009). Continuando a ausência de pesquisas voltados ao TDC, os pesquisadores, Ribeiro, Silva e Augusto (2017) reiteram que não há trabalhos de prevalência realizados no Brasil.

Após explanação a respeito do curso e epidemiologia do TDC, opta-se por discutir os sinais ou sintomas que dão indício às hipóteses de desenvolvimento do transtorno em questão. Segue-se o tópico que discorre sobre o assunto.

2.5 Sintomas do TDC

No que diz respeito à sintomatologia dos sujeitos que sofrem com o TDC pode-se citar:

1) a camuflagem da parte defeituosa com arrumação dos cabelos, o uso de óculos escuros e de roupas que possibilitem esta camuflagem (ex.: com mangas, largas, longas), uso de maquiagem para encobrir os defeitos; 2) atenção férrea com relação ao controle das posições corporais evitando que o defeito fique a mostra e seja observado por outras pessoas; 3) excessiva atenção aos cuidados pessoais (“grooming behaviours”) nos salões de beleza (constantes mudanças de cor e corte de cabelos; ou uso de maquiagens realizadas por profissionais, compra e uso de produtos cosméticos e excesso de tratamentos dermatológicos — com utilização de filtros solares, como também o uso de ácido retinóico) (Conrado, 2009).

Outras atitudes são sentimentos de desconforto em público; preocupação e avaliação da aparência; tendência para sobrevalorizar a aparência ao determinar o valor próprio; evitar circunstâncias sociais e contatos físicos com outros, e alteração excessiva da aparência, através de roupas ou cosméticos (Menezes et al., 2014). Mais além, a comparação da aparência com a de outros indivíduos; a verificação consecutiva das deformidades nos espelhos (ou superfícies refletoras); maneira excessiva de se arrumar; camuflagem (uso de adereços — chapéus, maquiagem, óculos escuros, perucas, roupas) com a finalidade suprema de encobrir os defeitos; a busca por procedimentos estéticos; tentativa de tranquilização sobre a aparência dos defeitos (APA, 2014). Conrado (2009) relata ainda que, em dermatologia, aparecem as preocupações dos homens com os cabelos, sendo frequentes as queixas de queda de cabelos e o medo de ficar calvo.

Nesse contexto entende-se que os sintomas são variáveis: 1) olhar-se inúmeras vezes no espelho para verificação do “defeito”; 2) busca constante de consultas médicas para tratamento do defeito percebido; 3) insatisfação com os resultados das intervenções medicamentosas ou cirúrgicas; 4) a parte “deformada” torna-se o centro das conversas. Sendo assim, uma das consequências deste transtorno é a esquiva das atividades costumeiras, a qual pode levar a um extremo isolamento social e resultar, em casos graves, no abandono do trabalho, da escola, ou seja, da vida social (Ramos, 2004). Segundo o DSM-5, os indivíduos podem ainda: 1) se bronzear excessivamente; 2) mudar constantemente de roupa ou comprar compulsivamente produtos cosméticos e de beleza; 3) compulsão em arrancar a pele na tentativa de melhorar as deformidades (APA, 2014).

Diante de tudo que fora discutido até este momento, torna-se relevante elucidar as partes corpóreas que mais causam sofrimento nas pessoas com TDC. Dessa forma, pode-se citar que as regiões do corpo mais queixosas, de acordo com Rossell, Harrison e Castle (2015)

envolvem face, pele — no tocante as rugas, cicatrizes, palidez, acne, cabelo, nariz, olhos, queixo, lábios, orelhas. Mas, qualquer parte corporal pode ser alvo deste transtorno, como, por exemplo, dentes, peso, estômago, mamas, pernas, rosto (tamanho ou formato), sobrancelha, genitais, queixo, musculatura corporal, e até mesmo a assimetria do corpo (APA, 2014). Ramos (2009) evidencia também, além das partes já citadas, as pálpebras, inchaço, pelos faciais excessivos e mandíbula.

Agora, tem-se o interesse em trazer à superfície o ‘como’ e o ‘porquê’ do indivíduo que sofre com o TDC se coloca no mundo, ou seja, a explicação psicológica para, a partir desta, ter subsídios suficientes para elaboração de um instrumento que contemple as nuances do referido transtorno.

2.6 Aspectos Psicológicos

Buscou-se aqui explicar os aspectos psicológicos do TDC seguindo os pressupostos teóricos da Logoterapia e Análise existencial. Frankl (1991) diz que a Logoterapia e Análise Existencial constitui, cada uma, um lado de uma única teoria, sendo com isso a mesma coisa. Deixa-se claro, no entanto, que a intenção única desta parte da fundamentação é a de apresentar mais uma teoria, na qual os pesquisadores possam também se embasar.

Em cumprimento da intenção ora esclarecida, cabe contextualizar a teoria que se pretende apresentar, para a partir disso adentrar pelos aspectos psicológicos do transtorno em questão.

2.6.1 Contextualização histórica da Logoterapia e Análise Existencial

A Logoterapia e Análise Existencial foi desenvolvida por Viktor Emil Frankl, médico neurologista e psiquiatra, nascido aos 26 dias do mês de março de 1905, em Viena (Aquino, 2011). O segundo dos três filhos do casal Gabriel e Elsa Lion (Frankl, 2010). A educação, recebida por seus pais, seguiu os fundamentos judaicos, e seu ambiente familiar foi de muito afeto e segurança (Frankl, 2010; Xausa, 1988).

A experiência de vida de Frankl teve forte influência sobre o desenvolvimento de sua teoria, por isso torna-se relevante levantar alguns fatos vividos pelo teórico referenciado (Xausa, 1988), para assim facilitar a compreensão da Logoterapia. O alicerce embrionário deste pensamento deu-se enquanto criança (4 anos) quando Frankl, antes de adormecer, assustou-se com o *insight* (compreensão de um determinado assunto, esclarecimento, consciência) de que

um dia também morreria. Nesta experiência, o pequeno pensador passou a compreender o fato objetivo (existência) da morte (finitude) fazendo daí o seu primeiro questionamento sobre o sentido da vida: se a transitoriedade da vida lhe roubava o sentido? (Frankl, 2010).

Com o passar dos anos, já na escola, Viktor tem diante de si seu segundo momento para questionar sobre o sentido, pois um de seus professores (história natural) afirmou que todos os organismos vivos, incluindo também os homens, nada mais eram que apenas a soma de processos físico-químicos (Frankl, 2010). Esta colocação causou um impacto em Frankl, o qual respondeu prontamente: qual então o sentido da vida?

Para Frankl, a busca pelo sentido da vida é o motor primário da existência humana (Frankl, 2006). Mas, o que significa Logoterapia? O senso comum tem o entendimento que é a terapia do sentido da vida, mas esta compreensão é por demasiado simplista. Pode-se compreender seu real significado fazendo a distinção entre as palavras “logo” que vem do vocábulo grego *logos* a qual tem como significado sentido (Frankl, 2006), e terapia termo vindo também do grego *therapeia* cujo significado pode ser tanto “ato de curar” como também “ato de reestabelecer”. O referido termo grego advém do verbo *therapeuein*, que significa “curar” ou “realizar tratamento médico”. Diante deste entendimento pode-se conceituar a Logoterapia como o ato de restabelecimento através do sentido, para Fizzotti (1996) este é um método de cura (restabelecimento) para as neuroses (sofrimentos mentais) que cada vez mais fazem parte dos sujeitos na atualidade.

Frankl não aceitou de maneira alguma, a visão determinista e mecanicista do homem que permeava sua época, pois nesta, houve a redução o ser humano a impulsos sexuais e vontade de prazer (perspectiva da psicanálise), ou seja, retirou-se do indivíduo a possibilidade de transpor condicionamentos e mudar a própria vida (Xausa, 1988). A visão de homem postulada pela Logoterapia, de acordo com Frankl (2011), está calcada em três pilares, sendo estes: a Liberdade da Vontade (LV), a Vontade de Sentido (VS), e por último, o Sentido da Vida (SV).

Entende-se por LV a liberdade da vontade humana, ou seja, a liberdade de um ser que é finito. Neste sentido, a LV propõe que o ser humano apesar de não estar livre das contingências que interferem na sua existência, continua com a sua liberdade para tomar uma atitude necessária frente a qualquer situação (positiva ou negativa) que lhe seja imposta ou apresentada (Frankl, 2011). O ser humano para Frankl é um ser que busca um para quê viver, um sentido. Nessa conotação, a liberdade é compreendida como a possibilidade de fazer uma escolha apesar das situações concretas (Aquino, 2011). A LV está em oposição ao pandeterminismo, já que este nega a capacidade do ser humano de assumir atitudes pessoais sobre as diversas circunstâncias da vida.

Contudo, não se nega que as contingências e determinações biológicas, psicológicas e sociológicas fazem parte das limitações humanas, mas o referido pilar (LV) enaltece a capacidade meramente humana de resistir as piores adversidades, podendo enfrentá-las com heroísmo e humor (Frankl, 2011).

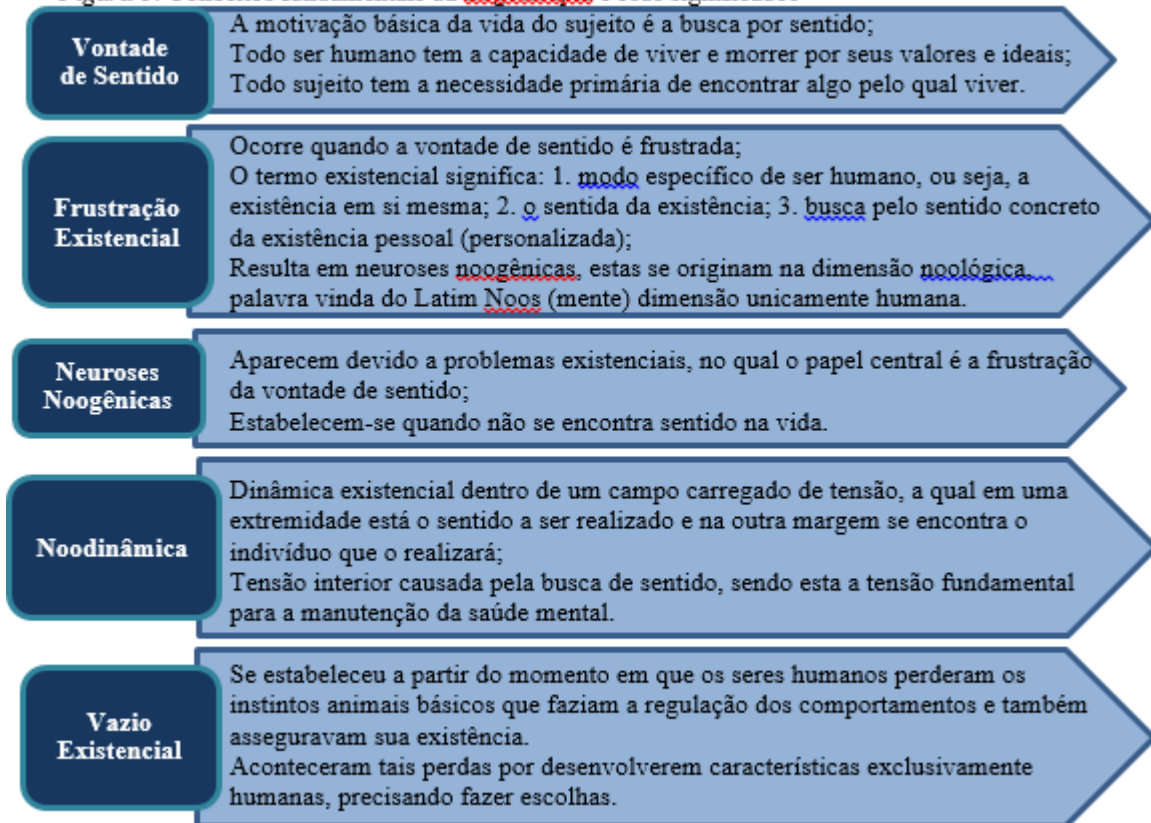
Com relação a VS, se dá pela busca de cada ser humano por seu próprio sentido (Frankl, 2003). Este conceito está explicado, com mais detalhes no próximo tópico, que tratou dos conceitos fundamentais. O terceiro pilar é SV. Segundo Frankl (2006) o sentido da vida não é algo geral, varia de uma pessoa para outra, de um momento para outro. Para este teórico, o SV é aquilo que é necessário ser feito (realizado) frente às situações que se apresentam diante do ser humano. Contudo, é mais que uma necessidade, está referenciado como uma possibilidade que, quando é realizado, torna-se realidade e fica protegido no passado, por ser este imutável (Frankl, 2003). Com esses argumentos torna-se compreensível que não existe um único sentido ao longo da vida, mas sim, sentidos que vão em cada época na vida do indivíduo, se realizando.

Com esta argumentação inicial, cabe lembrar que a intenção nesta pesquisa é exclusivamente apresentar outro ponto de vista, teórico psicológico, para fomentar diferentes horizontes sobre o entendimento do TDC. Maiores explicações a respeito da Logoterapia poderão ser encontradas na bibliografia que consta nas referências deste trabalho. Dar-se-então neste momento, seguimento às ideias que fundamentam a teoria ora apresentada.

2.6.2 Conceitos Fundamentais

Todo sistema psicológico tem conceitos-chaves que embasam principalmente a visão de homem (ser), os quais são essenciais para a compreensão do comportamento humano, ou seja, a maneira como os sujeitos se colocam no mundo. Na Logoterapia isso não é diferente. Dessa forma, apresenta-se a partir de agora alguns dos termos que auxiliarão na compreensão do TDC dentro da perspectiva da teoria apresentada. De acordo com Frankl (2006) apresentam-se na figura 1:

Figura 1: Conceitos fundamentais da Logoterapia e seus significados



Fonte: Criação própria baseada em Frankl (2006).

A figura 1 mostra os conceitos iniciais que foram desenvolvidos por Frankl na constituição da sua teoria, a Logoterapia. Nesse caso, a vontade de sentido (VS) é algo inato ao ser humano, o qual ao longo da trajetória de vida sente a necessidade básica de encontrar seu sentido; a frustração existencial (FE) se dá na busca sucessiva pelo sentido sem o encontrar; o sentido é personalizado, ou seja, não há um sentido único para todas as pessoas, ele é pessoal, cada ser humano tem seu próprio sentido; a FE torna-se a neurose noogênica (NE) na qual os indivíduos vivem uma vida sem sentido; ao se tratar da noodinâmica, fala-se da força impulsionadora recíproca, ou seja, a necessidade de encontrar o sentido com o chamado do sentido individual. Para melhor compreensão faz-se a analogia com o ímã, onde a força de cada parte separada faz com que se juntem num só, porém se mudarmos a polaridade em uma das duas partes o que ocorre é uma força que não permite o encontro das mesmas. Ao se falar em vazio existencial (VE), mostra-se o desenvolvimento das características humanas, nas quais os instintos animais primitivos não mais regiam (exclusivamente) nem o comportamento humano, nem tampouco lhes assegurava a existência. Passando assim, o homem, a refletir sobre as coisas e fazer suas escolhas sobre estas mesmas coisas. Por não ter mais o que seguir, ou em que se guiar para sobreviver, estabelece-se daí o VE (Frankl, 2006). Enfim, no VE o sujeito pode

perder-se em conformismo (segue fazendo o que todos fazem sem reflexão própria) ou em totalitarismo (seguir o que os outros sujeitos dizem para fazer sem questionar).

Além do que já fora exposto, continua-se com outros conceitos fundamentais como:

Autotranscendência — acontece a partir do momento em que o ser humano volta sua atenção, e ação, para algo além dele mesmo, da própria existência, ou seja, a existência humana para além dela mesma (Frankl, 1991). Esse ‘algo’ pode ser ou alguém, ou um sentido que precisa ser preenchido (Frankl, 2016). O indivíduo se movimenta para além de si, indo ao encontro do outro, que pode ser outro indivíduo ou mesmo um sentido.

Autodistanciamento — capacidade fundamentalmente humana de se colocar acima das situações estressantes/limitantes, ou seja, todo ser humano tem em si a capacidade de se distanciar das diversas situações, e até de si mesmo, caso seja preciso (Frankl, 2011).

Hiperreflexão — se dá quando o sujeito está voltado para si mesmo, seus pensamentos e reflexões acontecem sobre ele mesmo, não consegue olhar para fora de si, para os outros.

Após a explicação da Logoterapia e Análise existencial e dos conceitos fundamentais defendidos por esta perspectiva, passa-se a vislumbrar o TDC dentro do prisma até então apresentado. A seção seguinte guiará as reflexões sobre o transtorno estudado.

2.6.3 TDC na ótica da Logoterapia e Análise Existencial

Antes de adentrar na compreensão do TDC, torna-se imprescindível esclarecer que para Frankl cada época tem o seu sofrimento mental, nas palavras de outrora sua neurose (Fizzote, 1996). Atualmente, o corpo torna-se objeto de maior importância sobre o ser, o caráter, a ética. Volta-se ao entendimento de que Frankl compreende o ser humano em três dimensões, como mostra a figura 2:

Figura 2: Dimensões Humanas



Fonte: Criação própria adaptado de Frankl (2011)

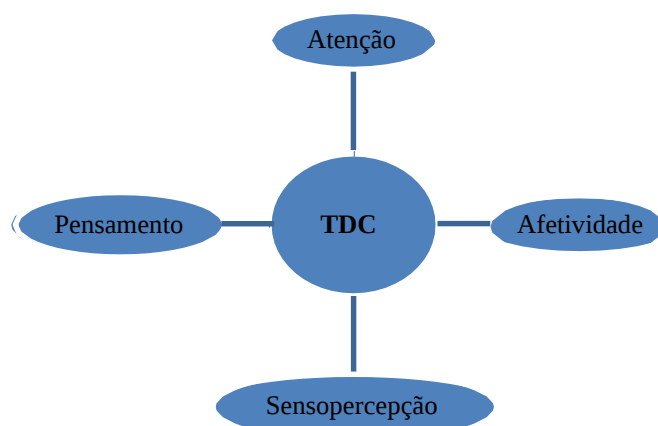
A figura 2 demonstra as dimensões que compõem o ser humano em sua totalidade. Segundo Frankl (2011), a dimensão somática é formada por toda a estrutura biológica, em sua anatomia e fisiologia; a dimensão psíquica diz respeito às questões mentais (pensamentos, reflexões, emoções) e, por fim, a dimensão noológica, sendo esta a dimensão fundamentalmente humana, dentro de uma conceituação antropológica, na qual o indivíduo consegue refletir sobre si mesmo na meta maior de deixar uma contribuição (um legado) para o mundo e às outras pessoas. Uma vida vivida em prol de um sentido, o qual só pode ser realizado por meio daquele indivíduo.

Diante de tudo que fora discutido, dá-se o entendimento que no TDC os indivíduos tornam-se presos às dimensões somática e psíquica não conseguindo acessar a dimensão noológica. Submersos pelo conformismo e totalitarismo, os sujeitos que sofrem com este transtorno, não conseguem autotranscender, permanecendo assim, voltados a si mesmos.

No TDC entende-se que o paciente sofre a pressão das ideias obsessivas que o invadem, em contraponto desta pressão, ele(a) tenta reagir às ideias para as reprimir, ou seja, o indivíduo nessa tentativa está fazendo uma contrapressão. No entanto, esta contrapressão realizada aumenta a pressão originalmente recebida. Nas neuroses obsessivas, os sujeitos temem que os pensamentos se tornem realidade. Têm medo de si próprios (Frankl, 1991).

Fizzoti (1996) diz que tanto o sentimento de vazio quanto do absurdo da própria vida encaminha os sujeitos à enfermidade. Dessa maneira, os sujeitos que convivem com o TDC tornam-se presos ao destino biológico, compreendendo-se como destino aquilo que não pode ser mudado – funcionamento do organismo. Daí tem-se que o TDC abrange, enquanto características cognitivas, as respectivas áreas que são demonstradas na figura 3.

Figura 3: Características cognitivas afetadas no TDC



Fonte: Criação própria segundo DSM-5 (2014) e Dalgalarondo (2008).

Levando-se em consideração as nuances encontradas na dimensão somática que caracterizam o TDC, entende-se que os aspectos cognitivos comprometidos neste transtorno são respectivamente:

Atenção, esta é definida por Dorsch et al. (2001) como a postura da consciência que se dirige à consideração de um determinado objeto, o qual pode ser um processo, uma ideia, uma coisa, uma pessoa, a si mesmo. Já Dalgalarrodo (2008) conceitua a atenção como o conjunto de processos psicológicos que viabiliza a capacidade do ser humano para selecionar, filtrar e organizar informações em unidades que possam ser controladas e significativas. Bear, Connors e Paradiso (2010) a entendem como sendo o estado no qual se processa simultaneamente várias fontes de informação. Mas, com relação ao TDC entende-se que a alteração ocorrida é a hiperprosexia. Esta é definida como o estado de atenção exagerada cuja característica é a tendência irrefreável de obstinar-se, ou seja, deter-se indefinidamente sobre os objetos sem demonstrar fadiga (Dalgalarrodo, 2008, p. 105). Voltada ao transtorno, a questão da atenção aparece no momento em que o sujeito sempre, ao ter sua imagem refletida, olha para a parte corporal que acredita ser defeituosa sem conseguir desviar o olhar para se ver como um todo.

Já a **sensorpercepção** é compreendida como a intercessão formada pela união da sensação com a percepção. Dorsch (2001) dá as seguintes definições: sensação é a simples vivência que ocorre pela ação de um determinado estímulo sobre um sentido, estimulação que vem de fora para dentro do organismo; percepção, no entanto, é a dinâmica ocorrida entre o processo e o resultado do ambiente real (objetivo) e do indivíduo (subjetivo). Dalgalarrodo (2008) retrata a sensação como um fenômeno primário que é gerado por variadas estimulações, seja física, química ou biológica, podendo ser originadas externa ou internamente (organismo), gerando alterações nos órgãos receptores, os estimulando. O referido autor propõe que a percepção acontece quando o indivíduo toma consciência do estímulo sensorial. Nesse sentido, a alteração sofrida pela sensorpercepção vem das alucinações visuais complexas sobre partes do corpo que são vistas como reais (Dalgalarrodo, 2008). No TDC, ao se olharem em superfícies que refletem sua imagem, os indivíduos veem efetivamente a deformação na parte corporal que é foco do transtorno.

Com relação à **afetividade**, Dalgalarrodo (2008) a entende como uma terminologia genérica, que é composta por vários tipos de vivências afetivas, sendo estes o humor, as emoções e por fim os sentimentos. Dorsch (2001) a defende como todo o conjunto dos sentimentos que fazem parte do ser humano, ou seja, sua emocionalidade. Em se tratando das alterações na afetividade percebe-se, pela sintomatologia levantada anteriormente, mudanças voltadas à tristeza, sendo estas, tristeza, aflição, infelicidade, vergonha, impotência, baixa

autoestima e autodepreciação (Dalgarrondo, 2008). Em nomenclatura, pode-se caracterizar por distímia hipotímica e humor depressivo.

O **pensamento**, segundo Dalgarrondo (2008), diz respeito ao fluxo de ideias, símbolos e associações voltadas a um determinado objetivo, que são iniciados por algum problema ou mesmo uma tarefa, sendo direcionados a uma conclusão orientada para a realidade. Divide-se em: conceitos (formados a partir de representações, sem elementos de sensorialidade — não se consegue contemplá-los ou mesmo imaginá-los), são intelectivos (cognitivos) experimentando-se apenas as características gerais dos objetos ou fenômenos; juízos (processos que estabelecem relações significativas entre dois conceitos básicos, sendo expressos por frases); raciocínio (este relaciona os juízos, ou seja, é a forma de ligação entre os conceitos, a sequência de juízos e o encadeamento de conhecimentos, os quais derivam uns dos outros).

Para Davidoff (1983), o pensamento é como um rótulo que generaliza atividades mentais variadas, sendo estes o raciocínio, a resolução de problemas e a formação de conceitos. Ao se reportar à alteração ocasionada, torna-se plausível no TDC o pensamento obsessivo, significando assim, a imposição do pensamento à consciência de forma incontrolável e persistente (Dalgarrondo, 2008).

Após todas as explicações sobre o TDC, faz-se *mister* caracterizar os aspectos neurobiológicos que envolvem o transtorno de interesse. Neste momento, após toda explanação da ótica do TDC sob o prisma da Logoterapia e das alterações psíquicas possíveis no TDC, passa-se à argumentação da dimensão biológica. Questiona-se nesse momento quais alterações neurobiológicas são pertencentes a este transtorno. Esta questão é detalhada a seguir.

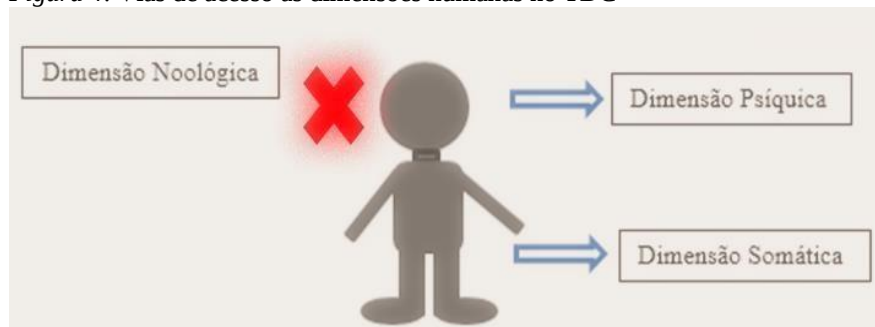
2.7 Características Neurobiológicas

Como vem sendo descrito, a totalidade do ser humano se dá sob três dimensões já referenciadas (dimensão somática, dimensão psíquica e dimensão noológica). No entanto, o sujeito está passível as interferências diárias, que podem vir de seu aspecto biológico, psicológico, social e noológico.

Entretanto, esta seção trata-se exclusivamente da questão somática, ou seja, a composição neurobiológica do transtorno. Cabe ressaltar que Frankl não subestima a característica biológica do indivíduo, pois o sujeito é entendido como um todo integralizado. O pesquisador atesta a dimensão somática como fator constitutivo do que chama de neuroses obsessivas (Frankl, 1991a).

Discutiu-se a priori, que os indivíduos que sofrem com o TDC permanecem sem conseguir acessar a dimensão noológica devido ao enclausuramento das questões sobre os defeitos corporais em si mesmos, como mostra a figura 4.

Figura 4. Vias de acesso às dimensões humanas no TDC



Fonte: Criação própria adaptado de Frankl (1991a)

Como está evidenciado na figura 4, quando se trata do TDC ocorre uma impossibilidade de acesso, ou seja, a dimensão noológica não é vivenciada. Dessa forma, reiteram-se as características das outras dimensões. A dimensão psíquica reporta-se às características diagnósticas e sintomatológicas do TDC já citadas nas seções anteriores; já a dimensão somática volta-se ao que é biológico.

Referindo-se ao transtorno estudado buscou-se averiguar em quais regiões cerebrais dá-se a experiência da beleza e da feiura. De acordo com os estudos encontrados (Ishizu & Zeki, 2011; Li et al., 2015; Rossel et al., 2015; Tsukiura & Cabeza, 2011), existem áreas cerebrais responsáveis pelo reconhecimento da beleza.

Ishizu e Zeki (2011) tentaram construir uma teoria neural da beleza, na qual buscaram aprender como se organiza a dinâmica cerebral no momento da experiência da beleza. Esses pesquisadores tiveram como suposição que haveria uma única área ou um agrupamento de áreas cuja atividade neural tinha correlação com a experiência da beleza. A pesquisa deles apontou para a implicação da área do córtex orbitofrontal medial, tanto na experiência de beleza quanto da feiura.

Tsukiura e Cabeza (2011) buscaram compreender a ativação neural das áreas implicadas na conjectura do que é ‘belo é bom’, ou seja, a beleza mais o julgamento moral. Em suas hipóteses eles acreditavam que existia uma influência das áreas cerebrais implicadas no processamento estético sobre as regiões neurais responsáveis pelos julgamentos morais. Eles detectaram que o córtex orbitofrontal medial ativou-se quando mostrados estímulos de atratividade e o córtex insular comportou-se de forma oposta, ou seja, houve a diminuição de ativação quando diante do estímulo atrativo.

Na perspectiva de levantar as áreas cerebrais implicadas em sujeitos com TDC, Rossell et al. (2015) mostraram, por meio de exames de imagem, que as anormalidades neurais características nos indivíduos com o transtorno estudado acontecem no sistema límbico, nas áreas de processamento visual do cérebro e do córtex orbitofrontal, referindo-se também às alterações da substância branca.

Feusner et al. (2010) mostraram em sua pesquisa as regiões cerebrais que estão comprometidas nas pessoas com TDC, sendo estas, córtex orbitofrontal direito, caudado (cabeça direita), giro pré e pós central. Kandell, Schwartz, Jessell, Siegelbaunn e Hudspeth (2014), por sua vez, vislumbaram em sua pesquisa a atuação do córtex cingulado em indivíduos com TDC.

Diante dos resultados encontrados nas referidas pesquisas (Feusner et al., 2010; Ishizu & Zeki, 2011; Rossel et al., 2015; Tsukiura & Cabeza, 2011), iniciaremos a discussão neurobiológica do TDC. Como descrito anteriormente, as regiões implicadas no TDC, conforme os estudos, estão referenciadas no Quadro1.

Quadro 1. Áreas implicadas no TDC

Área	Pesquisadores	Localização	Função
Córtex Frontal – Giro pré-central	Feusner et al.	Antes do sulco central	Faixa motora, responsável pela ação
Córtex Órbitofrontal Medial (mOFC)	Ishizu & Zeki; Tsukiura & Cabeza; Rossell et al.; Feusner et al.	Ântero-ventral do lobo frontal	Reconhecimento da atratividade
Córtex Parietal – Giro pós-central	Feusner et al.	Após o sulco central	Informações sobre dor, temperatura, propriocepção dos membros,
Córtex Insular	Tsukiura & Cabeza	Região do sulco lateral por trás do opérculo (porção de córtex cerebral)	Emoção, regulação da homeostase e reconhecimento da pouca atratividade.
Sistema Límbico – Giro Cíngulo	Kandell et al	Envolve, do sentido anterior ao posterior, o corpo caloso	Regula a emoção e a cognição
Núcleos da base – Núcleo caudado	Feusner et al.	Entre a parte anterior dos ventrículos laterais e o Tálamo	Controle dos movimentos

Fonte: Criação própria adaptado de Gazzaniga et al. (2006)

O Quadro 1 evidencia, segundo os respectivos autores, as áreas cerebrais que apresentaram alteração nos indivíduos que sofrem com o TDC. Pode-se verificar através das informações o comprometimento do lobo frontal, do núcleo da base e do giro pós-central que podem ser afetados devido aos comportamentos repetitivos e ideias obsessivas. Os estados emocionais negativos (baixa autoestima, tristeza, vergonha) ficam evidenciados pela alteração

no córtex insular e sistema límbico. No entanto, a partir do Quadro 1, percebe-se que houve um consenso da atuação do córtex orbitofrontal (OFC) no TDC.

Como fora evidenciado, o OFC faz parte do córtex pré-frontal o qual está diretamente relacionado com a capacidade de avaliação das consequências sobre o planejamento e as atitudes (ações) futuras (Brandão, 2004). Gazzaniga et al. (2006) imputam ao lobo frontal os aspectos superiores referentes ao controle motor e ao planejamento, bem como à execução do comportamento. De acordo com Tsukiura e Cabeza (2011), o córtex orbitofrontal medial está associado à atratividade.

O córtex insular surge apresentando a função emocional e de regulação da homeostase (Kandell et al., 2014), mas aparece também como responsável pelo reconhecimento da atratividade (Tsukiura & Cabeza, 2011).

O córtex cingulado ou giro cíngulo, de acordo com Kandell, Schwartz, Jessell, Siegelbaunn e Hudspeth (2014), atua na regulação da emoção e cognição. Faz parte do lobo límbico e age na regulação dos comportamentos considerados emocionais (Gazzaniga et al., 2006).

Salienta-se que, com relação à questão da alteração no sistema visual, Li et al. (2015) apontam hipoatividade no córtex occipital esquerdo.

No que diz respeito às características neurofisiológicas associadas ao TDC, salienta-se que as hipóteses iniciais se consolidaram diante das respostas dos indivíduos com TDC que fizeram uso de medicações. Nessa perspectiva, uso de fármacos, inferiu-se que há anormalidades tanto nas funções da serotonina quanto da dopamina (Conrado, 2009; Phillips, 2005). Mas, o que são dopamina e serotonina? Ambos são neurotransmissores, e estes são substâncias liberadas pelos neurônios que agem sobre um alvo particular, são multiformes, atuam na proximidade dos locais em que houve sua liberação (Kandell et al., 2014).

A dopamina e a serotonina são neurotransmissores que fazem parte da classe das Aminas biogênicas (Gazzaniga et al., 2006; Kandell et al., 2014; Lent, 2010). Os neurotransmissores que representam as Aminas biogênicas se dividem em duas classes, sendo estas as catecolaminas (dopamina, adrenalina, noradrenalina) e serotonina (Kandell et al., 2014).

A dopamina faz parte dos neurônios catecolaminérgicos e se responsabilizam na regulação do movimento, do humor, da atenção e das funções viscerais (Bear et al., 2008). Já a serotonina tem a função de regular o humor, o comportamento emocional e o sono (Bear et al., 2008; Kandell et al., 2014).

Como no TDC foram encontradas alterações nas vias dopaminérgicas e serotoninérgicas (APA, 2014; Conrado, 2009; Phillips, 2005), cabe descrever às duas vias, as quais são representadas pelo Quadro 2.

Quadro 2. Vias Dopaminérgica e Serotoninérgica

Via	Origem	Atuação
Dopaminérgica	Substância Nigra e área Tagumentar ventral	Propiciam movimentação voluntária inicial; sistema de recompensa, reforço de comportamentos
Serotoninérgica	Núcleo da Rafe	Sensação de dor; Ciclo de sono – vigília; estágios do sono; controle de humor e comportamento emocional.

Fonte: Criação própria segundo Bear et al., 2008 e Gazzaniga et al., 2006

O Quadro 2 apresenta, respectivamente as vias dopaminérgica e serotoninérgica que apresentam comprometimento no TDC. A via dopaminérgica tem origem na Substância Nigra e na área Tegumentar, a possibilidade de comprometimento se dá devido aos comportamentos obsessivos e à constante busca por tratamentos para diminuir a tensão sofrida pelos sujeitos com TDC. Com relação à via serotoninérgica, que se origina nos núcleos da Rafe pode-se combiná-los com os sentimentos vividos pelos indivíduos com o transtorno estudado que tem carga negativa (tristeza, vergonha, baixa autoestima, medo) que podem chegar ao nível de ideação suicida e suicídio.

Após esta breve discussão sobre os aspectos neurobiológicos do TDC passa-se para os instrumentos utilizados para apreciação do TDC.

2.8 Instrumentos de avaliação do TDC

Todo avanço científico surge em companhia do desenvolvimento de instrumentos de mensuração e progresso nos procedimentos e técnicas da ciência (Urbina, 2007). Segundo Ramos (2004), a medição da maturidade de uma ciência se dá pela capacidade de expressão das leis em linguagem matemática estabelecendo, assim, mecanismos dedutivos. A história da psicometria vem alicerçada sob duas situações distintas que são a psicologia empirista e a psicologia mentalista de Binet (Pasquali, 2010).

De acordo com Ramos (2009), além dos instrumentos para avaliação do TDC serem escassos, a maior parte destes foram elaborados para rastrear outros transtornos que possuíam em sua sintomatologia alguma relação com o transtorno estudado. Alguns dos referidos transtornos são: Transtornos Alimentares (TA) e Transtorno Obsessivos Compulsivo (TOC)

(Yoshida & Ramos, 2012).

Nessa perspectiva pode-se levantar os seguintes instrumentos utilizados para avaliação do TDC (Ramos, 2004; 2009; Yoshida & Ramos, 2012), conforme a Tabela 1 a seguir:

Tabela 1. Instrumentos Avaliadores do TDC

Nome	Autores	Ano	Itens	Transtorno	Avaliação	Limites
Body Shape Questionnaire (BSQ)	Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn	1987	34	Transtornos Alimentares (Anorexia e Bulimia)	Medo de ganhar peso, autoestima relacionada com aparência corporal, vontade de perder peso e insatisfação corporal.	Checagem, camuflagem, pensamentos, obsessões e esquiva.
Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)	Brown, Cash & Mikulka	1990	60	Imagem Corporal, TA e Obesidade Mórbida	Atitude relacionada a imagem corporal e/ou aparência física	Checagem, pensamentos, obsessões e esquiva
Body Dissatisfaction Scale (BDS)	Gardner	1991	9	(Bulimia e Anorexia)	Grau da satisfação com o corpo e aparência física	Obsessões, compulsões camuflagem, esquiva
Overvalued Ideas Scale (OIS)	Neziroglu & Tobias	1993		insight sobre crenças de defeitos	Pensamentos obsessivos sobre o defeito	Compulsão, checagem
Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) Modificada para BDD-YBOCS	Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson	1993	12	Transtorno Obsessivo Compulsivo e TDC	Sintomatologia da obsessão e da compulsão	Não avalia sofrimento significativo e o prejuízo nas atividades (familiares, sociais e cotidianas)
Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module (BDD-DM)	Phillips, Atala & Pope	1995	6	TDC		Não mensura quantitativamente a severidade dos sintomas e não passou por estudos psicométricos
Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)	Rosen & Reiter	1996	34	TDC	Preocupação com aparência, auto-imagem negativa, consciência do transtorno, evitação das atividades, camuflagem, checagem e sintomas psicológicos.	Severidade de sintomas, compulsão
Body Disorder Examination – Self Report (BDDE-SR)	Rosen & Reiter	1999	Três partes Autor relato	TDC	Insatisfação corporal, camuflagem e pensamentos, compulsões, checagem, camuflagem, esquiva, consciência do transtorno, etc.	Severidade de sintomas, compulsão

Tabela 1. Instrumentos Avaliadores do TDC

Nome	Autores	Ano	Itens	Transtorno	Avaliação	Limites
Body Disorder Questionnaire (BDDQ)	Phillips	1999		TDC	Critérios diagnósticos do DSM-IV	Não é um instrumento diagnóstico
Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version (BDDQ-DV)	Dufresne, Phillips, Vittorio & Wilkel	2001		TDC	Intensidade da angustia sobre o defeito imaginário, e prejuízo nas áreas social, ocupacional e áreas importantes da vida	Amostra insatisfatória para realização de análises psicométricas
Escala de Avaliação do TDC (EA-TDC)	Ramos	2004	35	TDC	Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR	Amostra pequena para realizar análise fatorial; itens de diagnóstico diferencial
EA-TDC-28	Ramos	2009	28	TDC	Excesso de atenção e sofrimento com o defeito; prejuízo nas áreas social, ocupacional e outras importantes	Não avalia diagnóstico diferencial

Fonte: Criação própria adaptado de Ramos (2009).

A tabela sintetiza os instrumentos que auxiliam pesquisadores no rastreio do TDC. Os cinco instrumentos iniciais avaliam outros transtornos como anorexia, bulimia, TOC. Dessa forma, a questão do defeito percebido não é abrangida. Nesse sentido, eles fazem um recorte das características diagnósticas que têm similaridade com o TDC. Desses instrumentos, os três primeiros, apresentam questões sobre satisfação com a forma do corpo, com o peso. Mas, este quesito é apenas um dos aspectos do TDC.

Um exemplo é o Body Shape Questionnaire, o qual se trata de uma medida de autorrelato com 34 itens, os quais foram elaborados através da observação dos comportamentos e emoções em pacientes com bulimia e anorexia a partir do sentimento de serem gordas; sua aplicação se deu num público exclusivamente feminino e mensura questões sobre forma do corpo feminino, e questões sobre o peso, anorexia e bulimia (Cooper; Taylor; Cooper & Fairbum, 1987). Entende-se que para elaboração de itens faz-se necessário realizar a análise teórica, através das análises semântica e de juízes, estas serão melhor explicadas no tópico que trata do desenvolvimento de instrumentos psicométricos) dos itens para daí realizar análises mais robustas do Body shape questionnaire.

O MBSRQ (Cash, 1990) fornece uma avaliação que enfatiza a atitude sobre a imagem corporal e as variáveis que se relacionam ao peso, não abrangendo outras características do TDC como as compulsões, obsessões e prejuízos nas atividades cotidianas. Assim como não

houve um satisfatório tamanho amostral para realização de análises empíricas robustas da base conceitual do mesmo.

O BDC, por enfatizar apenas a forma e tamanho corporal, não é recomendado para rastreio do TDC. O OIS resume-se a avaliação do pensamento obsessivo não abrangendo a compulsão, comportamentos de camuflagem, sofrimento e prejuízo nas atividades cotidianas, além de não ter passado por estudos psicométricos.

A EA-TDC foi elaborada com uma amostra de 30 sujeitos (Ramos, 2004), sendo esta considerada insuficiente para realização de análises psicométricas consistentes. Em 2009 passou por ajustamentos na amostra (Ramos, 2009). No entanto, essas modificações possibilitaram o diagnóstico diferencial relativo a outros transtornos (anorexia, bulimia e TOC), também analisa a intensidade (nível de insight) do TDC (Yoshida & Ramos, 2012). Porém, não passou pela fase de análise teórica (análise semântica) proposta por Pasquali (2010), a qual pode comprometer o entendimento dos itens por sujeitos que possuam níveis de educacionais mais baixos, limitando o público de aplicação.

Outra escala que passou por ajustamentos foi a Yale-Brown *Obsessive Compulsive Scale* modificada para o TDC (BDD-YBOCS). Tais adaptações foram realizadas com o objetivo de traduzir para o português do Brasil, adaptação cultural e validação (Brito et al., 2015), também não cumpriu todos os passos para análises e adequação ao público brasileiro.

Pode-se assinalar que uma limitação de parte dos instrumentos pesquisados é a falta de estudos psicométricos adequados. Estudos de obtenção de evidências de validade e fidedignidade são importantes para atestar a qualidade dos instrumentos. Estes devem ser válidos e precisos para que resultados inconsistentes e indesejados não sejam emitidos (Andrade, Laros & Gouveia, 2010).

Na próxima seção será apresentado o percurso metodológico para realização da presente pesquisa.

3 Considerações Metodológicas

3.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa trata-se de uma pesquisa correlacional e de corte transversal. O estudo não recebeu apoio financeiro. O trabalho compôs-se de três etapas, sendo estas: 1) Elaboração dos itens; 2) Estudo Piloto; 3) Estudo Final. O passo inicial abarcou os objetivos voltados ao desenvolvimento dos itens da escala de avaliação de acordo com o DSM-5; validação semântica dos itens realizada por indivíduos do estrato educacional mais baixo da população alvo; executou-se também a análise de juízes, sendo esta a avaliação dos itens por profissionais especialistas. Na segunda fase, ocorreu a aplicação do instrumento piloto, sendo este a versão inicial da escala elaborada, que foi respondida por 169 estudantes universitários. A terceira fase da pesquisa caracterizou-se pela realização do estudo final no qual as amostras (não clínica e clínica) responderam à versão final do instrumento. Os dados coletados nesta fase possibilitaram a realização das análises voltadas à verificação das evidências de validade e fidedignidade da escala, bem como estimação dos parâmetros de dificuldade e discriminação dos itens do instrumento.

3.2 Cenário da investigação

O local de investigação para realização do estudo piloto e do estudo final deu-se na cidade de João Pessoa, estado da Paraíba. A coleta de dados foi realizada em uma Escola Estadual de grande porte da cidade de João Pessoa e na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Campus I, João Pessoa, Paraíba. Para composição da amostra clínica foram realizadas aplicações por meio eletrônico/digital, através de divulgação por correio eletrônico e redes sociais.

3.3 População/Amostra do estudo

A população alvo da pesquisa foi composta por adolescentes e adultos divididos em quatro tipos de amostras: 1. Estudo Piloto – adultos não clínicos; 2. Estudo Final – Adolescentes não clínicos; 3. Estudo Final – Adultos não clínicos; 4. Estudo Final – Adultos clínicos diagnosticados com ansiedade, transtorno alimentar, depressão ou TDC.

3.3.1 Estudo Piloto – Amostra

A amostra do estudo piloto foi de conveniência, sendo coletada na Universidade Federal da Paraíba e contou com a participação de 169 pessoas, com idades entre 18 e 52 anos (Média = 21,76; DP = 4,94), sendo a maioria do sexo feminino (54,6%), solteiros(as) (89,7%), estudantes universitários dos cursos de Direito (8,3%), Psicologia (10,1%), Psicopedagogia (6,5%) e Administração (5,9%). Os estudantes eram de semestres variados. Destes, 50% declarou-se como sendo da religião católica, com renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos (31,3%), provenientes da cidade de João Pessoa (47,3%).

3.3.2 Cálculo Amostral

Após a conclusão do estudo piloto foi realizada a fase de planejamento do questionário adotado para alcance dos dados desta pesquisa, voltado às amostras não clínicas, decorreu pelo plano de amostragem estratificada proporcional ao tamanho dos estratos, no qual foi estimado os cursos oferecidos de uma escola e uma universidade do município de João Pessoa (PB), as quais ambas eram públicas. O universo-alvo foi estipulado a partir do total geral dos alunos das turmas/cursos ulteriores:

1. 1º ano do Ensino Médio, Escola Pública Estadual;
2. 2º ano do Ensino Médio, Escola Pública Estadual;
3. 3º ano do Ensino Médio, Escola Pública Estadual;
4. Curso de Engenharia Química do Centro de Tecnologia (CT);
5. Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas (CCJ);
6. Curso de Psicopedagogia do Centro de Educação (CE);
7. Curso de Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Letras (CCHL);
8. Curso de Artes Visuais do Centro de Comunicação, Turismo e Artes (CCTA);
9. Curso de Administração do Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA);
10. Curso de Energias Renováveis do Centro de Energias Alternativas e Renováveis (CEAR);
11. Curso de Química do Centro de Ciências Exatas da Natureza (CCEN);

12. Curso de Medicina do Centro de Ciências Médicas (CCM);
13. Curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS);

Ressalta-se que as informações quantitativas dos discentes foram cedidas pela coordenação pedagógica da escola e pelas coordenações dos cursos pertinentes. A triagem da amostra foi processada de acordo com o método de alocação proporcional à quantidade de estudantes por curso/turma, em conformidade com o que foi descrito por Cochran (1977) e Valliant *et al.* (2013). Isto posto, foi imprescindível ajuizar a seguinte inscrição:

- $N \rightarrow$ Número total de educandos pertinentes ao universo-alvo, considerando como base as informações cedidas pela escola e coordenações dos cursos, referenciando-se o ano de 2017;

- $H \rightarrow$ Quantidade de turmas/cursos (estratos) do universo-alvo. Nesta conjuntura,

$$H = 13$$

- $N_h \rightarrow$ Número de discentes pertencentes ao curso/turma h ;

- $W_h = N_h/N \rightarrow$ Percentual de educandos do curso/turma h ;

- $n_h \rightarrow$ Número de estudantes do universo-alvo da amostra, pertinentes ao curso/turma h ;

- $y_{hi} \rightarrow$ Valor da variável de interesse para o i -ésimo discente designado e interrogado no curso/turma h ;

- $\sigma_h^2 \rightarrow$ Valor de referência populacional (variância) ponderada na apuração do tamanho da amostra no curso/turma h .

- $d \rightarrow$ Margem de erro apreciada na estimação de variância. Para esta pesquisa estabeleceu-se uma margem de erro de 1,4 (mesmo valor correspondente à escala de medida da variável foco).

- $z \rightarrow$ Valor cotado da distribuição normal considerando o nível de confiança. Nesta pesquisa foi acordado a utilização do nível de confiança de 95%, logo $z = 1,96$;

Dessa maneira, tem-se que o tamanho amostral foi previsto da seguinte forma:

$$n = \frac{A}{B} -$$

Em que:

$$A = \sum_{h=1}^H \left(\frac{N_h}{N} \right) \sigma^2 \quad B = \frac{z^2}{N} + \frac{1}{N} \sum_{h=1}^H \left(\frac{N_h}{N} \right) \sigma^2$$

Por fim, uma vez que o tamanho amostral é estipulado para todo o universo, o tamanho da amostra para cada curso/turma de acordo com a alocação proporcional foi estimado pela seguinte representação:

$$n_h = n \times \frac{N_h}{N}$$

Deste modo, a quantidade total obtida do tamanho amostral foi de 505 (Quinhentos e cinco) estudantes, dispostos proporcionalmente por cada turma/curso, segundo método de amostragem estratificada com alocação proporcional, da seguinte maneira:

Tabela 2: Demonstrativo de tamanho amostral pelo método de amostragem estratificada

Nº	Curso/Turma	Nº de alunos matriculados (população)	Nº de alunos selecionados (amostra)
1	1º ano do Ensino Médio	175	18
2	2º ano do Ensino Médio	175	18
3	3º ano do Ensino Médio	175	18
4	Engenharia Química	358	37
5	Direito	865	90
6	Psicopedagogia	256	27
7	Psicologia	471	49
8	Artes Visuais	101	11
9	Administração	850	89
10	Energias Renováveis	234	24
11	Química	210	22
12	Medicina	661	69
13	Odontologia	316	33
TOTAL		4.847	505

Para composição da amostra clínica, empregou-se um cálculo do tamanho amostral para estimação de médias com população de tamanho desconhecido com base na Amostragem

Aleatória Simples (AAS). Dessa forma, considerou-se a seguinte notação:

- $d \rightarrow$ Margem de erro máxima admitida e por α a probabilidade dessa margem de erro ser excedida. Para esta pesquisa foi definida uma margem de erro de 1,5 (valor de mesma escala de medida da variável de interesse);

$z \rightarrow$ O quantil de uma distribuição normal para o nível de confiança considerado, admitindo o percentil $100(1 - \alpha / 2)$. Neste trabalho foi decidido utilizar um nível de confiança de 95%, logo $z = 1,96$;

$\sigma^2 \rightarrow$ O valor da variância populacional da principal variável utilizada na pesquisa. Este valor foi obtido por meio do Estudo Piloto do projeto guarda-chuva sobre transtornos alimentares.

Dessa forma, o tamanho da amostra foi dado por:

$$n = \frac{z^2 \times \sigma^2}{d^2}$$

Logo, o tamanho da amostra total obtido foi 44 (quarenta e quatro) indivíduos das amostras clínicas.

3.3.3 Estudo Final - Adolescentes não clínicos

A amostra de adolescentes foi obtida em ambiente escolar junto aos discentes do Ensino Médio ($N = 71$) com idades entre 14 e 18 anos (Média = 16,45; DP = 1,10), provenientes das cidades de João Pessoa (95,8%) e Cabedelo (4,2%). A maioria dos estudantes era do sexo feminino (63,4%) e solteira (97,2%). Os estudantes estavam cursando o primeiro (28,2%), segundo (38%) e terceiro (31%) anos do Ensino Médio. A religião mais citada foi a católica (47,9%), seguida da evangélica (36,6%); já a renda familiar mais frequente foi entre 1 e 3 salários mínimos (42,9%).

3.3.4 Estudo Final - Adultos não clínicos

Preliminarmente optou-se pelo uso da amostragem aleatória simples. Foi utilizado o *software* estatístico R, com o intuito de sortear aleatoriamente os cursos de graduação da Universidade Federal da Paraíba-UEPB. Os referidos cursos foram agrupados pelos seus respectivos centros de ensino, que resultaram em um de total 12 centros. No entanto, 2 centros tiveram que ser excluídos por não se localizarem dentro da área de abrangência do Campus 1, ou seja, os mesmos se encontram em outros Campi (anexos). Selecionou-se aleatoriamente o total de 1 (um) curso por centro. Dessa maneira, totalizou-se 10 cursos sendo 1 de cada centro de ensino para esta pesquisa.

A amostra de adultos não clínicos foi composta por estudantes universitários com idades entre 18 e 51 anos (Média = 23,16; DP = 5,52). A maioria foi do sexo feminino (51,5%), solteira (85,9%), de religião católica (41,3%), com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (34,3%), provenientes de João Pessoa (91,8%), dos cursos de Direito (20,2%), Medicina (15,9%), Administração (17,8%) e Psicologia (11,4%).

3.3.5 Estudo Final - Adultos Clínicos

A amostra clínica contou com 37 sujeitos e foi alcançada através de divulgação de questionário digital (*survey*) por meio de correio eletrônico e redes sociais. O grupo amostral contou com sujeitos com idades entre 18 e 66 anos (Média = 33,7; DP = 14,52), sendo a maioria do sexo masculino (81,1%), solteira (59,5%), sem religião (27%) e com renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos (27%).

3.4 Critérios de Inclusão e não-inclusão

Foram incluídas pessoas de ambos os sexos, com idades a partir de 14 anos, as quais declararam que compreenderam os itens elaborados. Não foram incluídos na pesquisa os participantes que explicitamente apresentaram comprometimento no entendimento e/ou resposta dos itens, bem como aqueles que demonstraram desconforto físico ou emocional, assim como sujeitos que desistiram de participar da pesquisa após início de marcação das escalas.

3.5 Critérios Éticos

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, este estudo foi desenvolvido de acordo com as normas da resolução 466/12. A presente pesquisa foi submetida e recebeu o aceite do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, com parecer favorável de número: 2.089.447.

3.6 Instrumento

3.6.1 *Questionário Sociodemográfico*

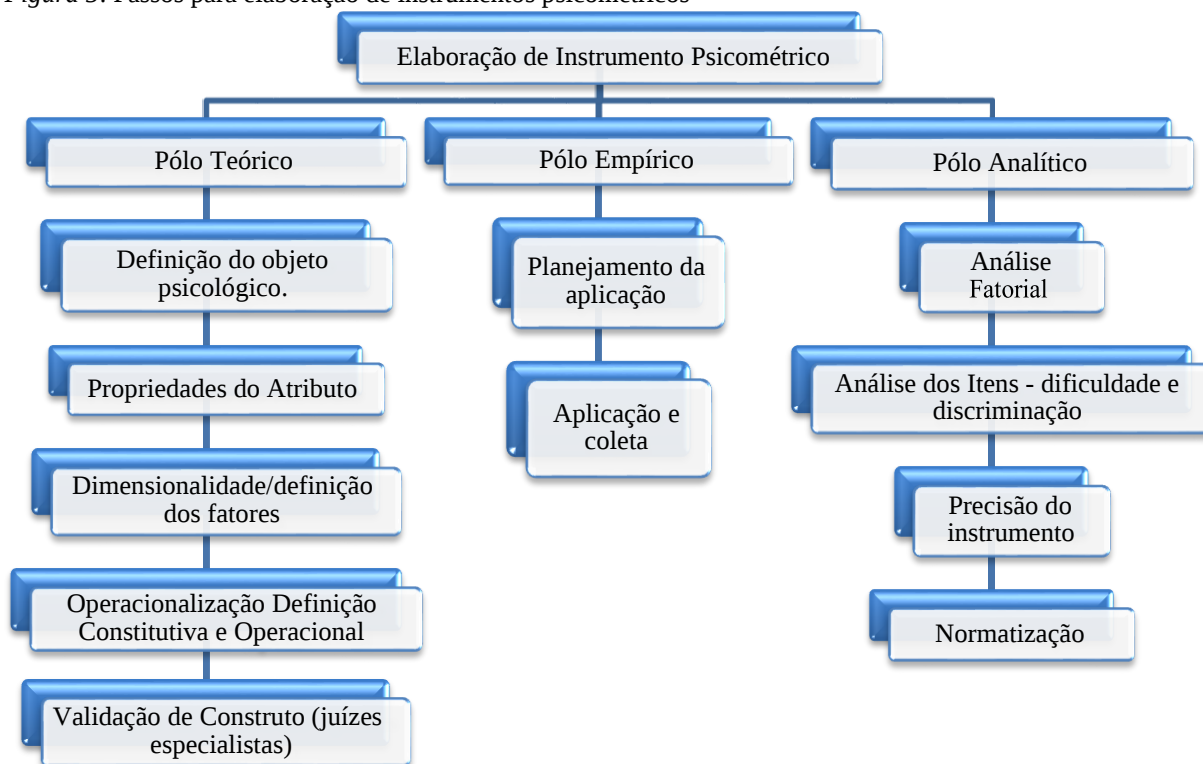
Este foi desenvolvido com o intuito de abarcar as características da amostra. Nele continham questões como idade, escolaridade, sexo, estado civil, município que reside, religiosidade, renda familiar.

3.6.2 *Instrumento de rastreio do TDC*

Para execução da pesquisa foi realizada a aplicação do instrumento de rastreio do TDC desenvolvido neste estudo, bem como a aplicação do questionário sociodemográfico anteriormente citado.

O instrumento de rastreio elaborado seguiu os critérios diagnósticos do DSM-5 para o TDC, sendo composto inicialmente por 80 itens. Na fase inicial foi realizada uma revisão de literatura sobre o construto base, sendo consultadas dissertações, teses, livros e artigos científicos. Também foi realizada uma revisão dos instrumentos utilizados para rastreio do transtorno em questão. Para desenvolvimento do instrumento buscou-se embasamento na Teoria de Elaboração de Escalas Psicológicas (TEEP) de Pasquali (1998, 2003) sendo esta formada por 12 fases que fazem parte de 3 polos de distribuição, os quais são: teórico (fundamentação teórica do construto com foco para o desenvolvimento do instrumento); empírico (passos técnicos de aplicação do instrumento em sua fase primária); e analítico (volta-se à realização das análises cabíveis para validação do instrumento). Com o intuito de facilitar a compreensão, apresentamos os passos a seguir, na Figura 5.

Figura 5: Passos para elaboração de instrumentos psicométricos



Fonte: baseado na TEEP (Pasquali; 2010, 2003, 1998).

De acordo com a figura 5 torna-se claro que no polo teórico encontra-se toda fundamentação realizada em livros clássicos e também em artigos recentes de origem nacional e internacional, das áreas de saúde (dermatologia, cirurgia plástica e psiquiatria) e psicologia. Ressalta-se que este passo foi realizado anteriormente, ou seja, no segundo capítulo desta dissertação. A partir do embasamento teórico, foram produzidos inicialmente 80 itens para o instrumento, utilizando-se escala de resposta *Likert* (1932), cuja descrição será apresentada mais adiante. Em um segundo momento, após a construção dos itens iniciais, foi realizada a avaliação teórica dos mesmos, que de acordo com Pacico (2015), esta análise é realizada em duas etapas. A primeira delas é chamada de análise semântica, cujo objetivo principal é avaliar se os itens estão compreensíveis para a população alvo. Ratifica-se que os itens considerados incompreensíveis deveriam ser modificados ou eliminados. Na sequência os itens ainda passaram pela apreciação de juízes (profissionais) especialistas.

No que diz respeito ao polo empírico, esta etapa tem como objetivo a aplicação do instrumento piloto e também final com a amostra pertinente a estas fases. As instruções foram dadas para que o instrumento fosse respondido de forma individual, sem identificação pessoal. Os sujeitos que participaram desta etapa foram orientados a não fazerem nenhuma identificação pessoal no instrumento, assegurando, com isso, o anonimato de sua participação. Em referência

ao polo analítico foram executadas as análises estatísticas e psicométricas que serão devidamente explicadas mais adiante no tópico de Análises dos Dados.

3.7 Procedimento

A fase de elaboração dos itens, iniciou pelo processo de análise teórica realizando o levantamento da bibliografia pertinente. Em sequência, ocorreu a elaboração dos conceitos constitutivos por participarem do material de referência, o DSM-5, onde estão descritos os critérios diagnósticos. Paralelamente à formação das definições constitutivas, criaram-se as definições operacionais, estas dizem respeito aos comportamentos, pensamentos, emoções, ou seja, a maneira como o indivíduo que sofre com o TDC age no seu dia a dia. As referidas definições (constitutivas no lado esquerdo e operacionais no lado direito) são apresentadas como segue a Tabela 3 adiante.

Tabela 3: Demonstrativo de definições constitutivas e operacionais

Definições Constitutivas	Definições Operacionais
Autopercepção de deformação em partes do corpo e percepção de que outras pessoas também visualizam a imaginada deformidade corporal.	Idas a médicos para tratar especificamente a deformidade.
	Sucessivas trocas de profissionais por não ver resultados de tratamentos satisfatórios.
	Percepção visual de deformidade corporal.
	Crença de que outras pessoas veem a deformação.
	Crença de que os outros falam e zombam da deformidade.
Sucessivos pensamentos sobre o defeito e repetição de comportamentos para tentar esconder os defeitos	Quer saber como a parte do corpo ficará após as intervenções.
	Necessidade de esconder a deformidade.
	Uso exagerado de cremes, maquiagens, perfumes para esconder ou diminuir o defeito.
	Troca constante de roupas na intenção de esconder a deformidade.
	Uso de perucas, chapéus, lenços para disfarçar o defeito.
	Olhar-se constantemente no espelho e em superfícies refletoras com objetivo de avaliar o defeito.
	Esquivar-se de ver sua imagem refletida em objetos.
	Pensar todo tempo no defeito.
Sentimentos de vergonha, tristeza, insatisfação, perda de sentido de vida, medo que levam o sujeito à abdicar de sua vida familiar, social e profissional para que seu(s) defeito(s) não sejam vistos por outras pessoas.	Não conseguir se concentrar em tarefas que precisa realizar.
	Medo que outras pessoas vejam seu defeito.
	Vergonha de sua aparência.
	Isolamento.
	Insatisfação com partes do corpo.
	Frustração por não conseguir melhorar seu defeito.
	Ideação suicida.
	Tem a perfeição corporal como sentido de vida.
	Abandono de trabalho e/ou escola.
	Tristeza ao olhar e/ou pensar no corpo.
Outros transtornos (depressão, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno alimentar) apresentam similaridades diagnósticas com o TDC, porém no construto estudado o foco	Arrumação constante de objetos independente do defeito corporal.
	Falta de vontade para executar atividades diárias sem ligação a deformidade.
	Esquiva de convivência social por conta das outras pessoas, não em virtude da anomalia.
	Tristeza sem causa aparente.
	Dietas para perda de peso.
	Uso de laxante com foco na perda de peso.
	Crença que partes do corpo foram colocadas por outras pessoas/ seres.

está na deformação de partes específicas do corpo e não relacionada a questões sobre gordura e peso como acontece por exemplo na anorexia.

Fonte: criação própria conforme embasamento do DSM-5 (APA, 2014).

Após leitura das referências bibliográficas e elaboração das definições constitutivas e operacionais, foram elaboradas 80 frases sendo, por conseguinte, enumeradas aleatoriamente de 1 a 80. Estas passaram a ser dispostas em ordem sequencial crescente conforme sorteio. Daí, seguiu-se à parte seguinte realizada logo após a análise teórica, sendo esta a análise semântica. Essa segunda etapa contou com a participação de 16 adolescentes, os quais representam, para este estudo, o extrato educacional mais baixo da população pleiteada. O objetivo deste momento foi avaliar a clareza, a compreensão, a objetividade e a validade dos itens. Os respectivos avaliadores foram reunidos em um único ambiente. A todos foi indicado que a participação seria voluntária. A tarefa constituiu em ler com atenção as instruções de como responder à escala e se compreendeu os itens. As dúvidas foram discutidas no grupo. Os itens, nesta etapa, não apresentaram dificuldade de compreensão ao serem lidos pelos avaliadores e após essa análise, concluiu-se que o instrumento poderia ser adequadamente compreendido e respondido por todos os participantes do estudo. Nessa perspectiva, deu-se andamento ao próximo passo da análise teórica, sendo este a validação de conteúdo que se dá mediante a análise de juízes.

O procedimento da validação de conteúdo e de aparência consistiu em uma análise das dimensões e dos itens da IRTDC. A avaliação deu-se por meio de uma tabela de dupla entrada contendo as definições constitutivas dos construtos/fatores e outra composta pelos fatores e itens, que foram devidamente relacionados pelos juízes. Os avaliadores peritos tiveram como tarefa avaliar a pertinência dos itens, um a um, com o construto analisado. Foram considerados satisfatórios os itens com um consenso igual ou acima de 80% entre os juízes (Pasquali, 2010). Para realização desta etapa contou-se com a colaboração de seis (6) juízes peritos, cuja caracterização segue na figura adiante. Reitera-se que foi imprescindível a avaliação dos peritos em dermatologia e cirurgia plástica por serem estes os primeiros profissionais procurados pelos sujeitos que sofrem com o TDC (Drummond; Pillay; Benson e Jones, 2008; Sarwer e Crerand, 2008; Ramos, 2004).

Tabela 4: Caracterização dos juízes especialistas

Profissão	Gênero	Tempo de Profissão	Especialização
Psicólogo	Masculino	4	Neuropsicologia
Psicóloga	Feminino	13	Psicologia infantil e adolescente
Psicóloga	Feminino	5	Neuropsicologia
Médica	Feminino	15	Dermatologia
Médico	Masculino	5	Cirurgia Plástica
Médico	Masculino	10	Psiquiatria

Fonte: criação própria segundo informações colhidas

A Tabela 4 esclarece o perfil dos juízes, sendo estes 50% da área de psicologia e os outros 50% da área médica, com média de tempo de profissão maior que 8 anos, cujo sexo ficou equivalente.

Essa terceira etapa foi organizada do seguinte modo: 1) Organização de critérios para o julgamento das instruções da escala (Clareza, Simplicidade, Objetividade e Compreensão) 2) Organização de critérios para o julgamento dos itens acerca da pertinência teórica dos itens das dimensões (critérios diagnósticos); 3) Coleta das informações - o material foi enviado por E-mail para os juízes e juntamente com um pedido para que o material fosse devolvido em no máximo 15 dias; 4) Validação de conteúdo – utilizou-se o Índice *Kappa* para avaliar a concordância entre avaliadores quanto à pertinência dos itens às dimensões e a porcentagem de concordância dos critérios para cada item. Cabe ressaltar que, mesmo após ambas análises teóricas, não houveram correção ou perda de itens apresentando-se aptos a seguirem na elaboração do instrumento piloto.

Já a etapa do estudo piloto teve seu início após o término de avaliação da análise teórica dos itens, sendo estes dispostos em uma escala *Likert* de 5 pontos. A coleta iniciou com a ida da pesquisadora às coordenações dos cursos contemplados pela amostra para buscar a concordância em realizar a pesquisa no referido centro acadêmico. Em seguida, foi-se combinado antecipadamente com os professores, a liberação de parte do horário da aula para aplicação do instrumento. Após permissão dos professores foi distribuído o material com os alunos, antes de iniciarem a tarefa foi lido o TCLE ressaltando-se que eles poderiam desistir da participação a qualquer momento.

Com relação ao instrumento final, enfatiza-se que os participantes não clínicos (estudantes do ensino médio e universitários) foram contatados em sala de aula, nos locais de estudo. Os participantes clínicos, por sua vez, seriam inicialmente identificados junto a psicólogos, em consultórios particulares. Como não houve respostas dos profissionais com relação ao repasse de contatos dos clientes/pacientes, foi realizado um ajuste nesta etapa

organizando a escala para a aplicação eletrônica sendo distribuída junto ao grupo de sujeitos que se autodiagnosticaram com TDC, Ansiedade, Compulsão alimentar, anorexia e bulimia. Estes inicialmente assinalaram na escala eletrônica o termo de concordância livre e esclarecido para continuar respondendo às questões do instrumento.

Ressalta-se que em todas as três etapas, houve o comunicado (verbal ou por escrito-via eletrônica) aos participantes que eles poderiam abandonar a pesquisa a qualquer momento sem sofrer nenhuma penalização. Com isso, ficou garantido o caráter voluntário da participação dos mesmos.

3.8 Tratamento e Análise de dados

A pesquisa utilizou para tabulação, tratamento e análise dos dados levantados os programas *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS, versão 21.0) e R versão

3.2.4. Estes foram utilizados a fim de verificar tanto as caracterizações das amostras quanto também as evidências exploratórias de validade de construto e precisão do instrumento de pesquisa através da teoria clássica dos testes e comparação de grupos, por meio do teste de hipóteses. Foi executado para realizar a análise fatorial confirmatória o programa *Analysis Moment Structures* (AMOS versão 21,0). O programa *Parscale* versão 4.1 também foi usado com o intuito de efetuar as estimativas de dificuldade e discriminação dos itens por meio da Teoria de Resposta ao Item.

No tocante à caracterização da amostra, foram realizadas estatísticas descritivas (porcentagens, medidas de tendência central e variabilidade) com intervalo de confiança de 95% para as estimativas. A seguir serão detalhadas as análises inferenciais utilizadas na investigação dos dados.

Nesta pesquisa executaram-se três métodos de análises de dados. O primeiro foi o *Kappa* (Cohen, 1960) para medir a concordância entre os Juízes acerca pertinência dos itens às dimensões e a porcentagem de concordância dos critérios para cada item. Os valores do coeficiente de *Kappa* podem variar de 0,0 a 1,0, e segundo a categorização de Landis e Koch (1977), o coeficiente *Kappa* pode ser classificado nos níveis: pobre (zero); leve (entre 0,01 e 0,20); aceitável (entre 0,21 e 0,40); moderado (entre 0,41 e 0,60); considerável (entre 0,61 e 0,80); e quase perfeito (entre 0,81 e 1). O segundo deu-se embasado na Teoria Clássica dos Testes (TCT), tendo este como premissas, tanto verificar a estrutura fatorial dos itens nos instrumentos como também comparar as referidas estruturas com a teoria a qual está fundamentada. Já o terceiro método se compõe por meio de técnicas estatísticas alicerçadas na

Teoria de Resposta ao Item (TRI), pois esta mensura os parâmetros de dificuldade e discriminação dos itens, como também os valores de teta, ou seja, habilidade (θ), representativos aos níveis de aptidão que os indivíduos apresentam para responder em cada nível de respostas.

Algumas considerações gerais são apresentadas a seguir sobre as análises realizadas acerca dos dois segundos métodos utilizados no decorrer do processo de elaboração do IRTDC.

3.8.1 Teoria Clássica dos Testes

A Teoria Clássica dos Testes (TCT) explica o significado total das respostas que são retroinformadas pelos indivíduos após retorquirem um conjunto de itens, ou seja, se detém ao score total (T) (Pasquali, 2013). De acordo com Pasquali (2007) a TCT continua sendo realizada, por sua perfeita adaptação à concepção de precisão da medida (Pasquali, 2013). A presente dissertação baseou-se nesta teoria para a realização dos testes de hipóteses para comparação de grupos (teste t e ANOVA), análise de relação entre variáveis (correlação, r de Pearson), análise fatorial exploratória e confirmatória, e análise de precisão (Alfa de Cronbach).

3.8.1.1 Teste t de Student para amostras independentes.

O teste *t de Student* é um teste de hipóteses no qual se verifica a aceitação ou não da hipótese nula (H_0), pois preconiza que não há relação entre duas variáveis (Dancey e Reidy, 2013). No caso, faz-se mister que a H_0 , para este trabalho, não seja verdadeira havendo assim mensuração de relação. O teste *t* de Student propõe conhecer se as diferenças estabelecidas entre as médias dos grupos são extensas o suficiente para inferir que as diferenças encontradas ocorrem em virtude da influência da variável independente (Field, 2009). Sua realização em amostras independentes, apresenta-se como uma estatística paramétrica cujo objetivo é mensurar a existência de diferença entre duas determinadas condições (Field, 2009).

Conclui-se que, cada valor t consequente apresenta-se com um nível preciso de probabilidade associada (valor p), no qual é considerado como satisfatório o nível de significância de 5% (Field, 2009). Salienta-se que resultando a significância do teste $\leq 0,05$, dá-se com isso a rejeição da hipótese nula (igualdade de variâncias); caso contrário, aceita-se igualdade de variâncias (Dancey & Reidy, 2013).

3.8.2 Análise de Variância (ANOVA de um fator independente)

Com o objetivo de analisar a validade de critério interno, comparando-se os grupos não-clínicos (universitários e secundaristas) com o grupo clínico, a partir do IRTDC foram efetuadas Análises de Variância (ANOVA). Para Dancey e Reidy (2013) este método oferece a visualização da análise das possíveis diferenças entre 3 ou mais grupos. Segundo Field (2009), a vantagem da utilização da ANOVA é que, através dela, analisam-se situações em que ocorrem muitas variáveis independentes. É considerada um teste paramétrico análogo ao teste *t*, cuja diferença se dá na possibilidade de executá-la em três ou mais grupos (Dancey e Reidy, 2013). O método avalia a existência de uma diferença significativa entre alguma ou todas as médias das condições dadas, comparando-as com a média global, ou seja, mostra se tem igualdade em 3 ou mais médias populacionais (Field, 2009). Enfim, a análise de variância testa a hipótese que existe igualdade das médias em todas as condições calculadas.

Entretanto, a estatística *F* não nos informa quais grupos experimentais foram afetados. Por isso, comparações mais detalhadas foram realizadas por comparações múltiplas (*Post hoc*), através do método de Tukey.

3.8.3 Análise fatorial

A Análise Fatorial (AF) caracteriza-se por um conjunto de técnicas estatísticas empregadas à análise de dados empíricos, tendo sua origem no início do século XX, no contexto da Psicologia, área que continua a utilizá-la amplamente na atualidade (Pasquali, 2012). Field (2009) apresenta a AF como uma estratégia de identificação da concentração de variáveis. Quando há intenção de validar instrumentos psicológicos, a utilização da AF torna-se imprescindível (Floyd & Widaman, 1995). Pois a mesma verifica a quantidade de construtos comuns necessários à explicação das intercorrelações entre os itens (covariância) (Pasquali, 2013).

A AF possibilita a redução da quantidade de informações no conjunto de variáveis, facilitando a formação de novas dimensões representativas que percam o mínimo de informação possível (Hair; Black; Babin; Anderson; Tatham, 2009).

3.8.3.1 Análise Fatorial Exploratória

A Análise Fatorial Exploratória (AFE), segundo Damásio (2012) é um agrupamento de

técnicas estatísticas extensamente empregadas nas investigações da Psicologia, cuja finalidade é obter a estrutura implícita em uma matriz de dados. Fundamenta-se em três premissas principais que são: 1) a causalidade fatorial significa que as correlações estabelecidas entre as variáveis observáveis são o produto de ajustes de variáveis hipotéticas; 2) a linearidade, por sua vez, significa que é por meio de equações lineares que se estabelece as combinações das variáveis observáveis; e 3) a parcimônia, que visa converter uma grande quantidade de variáveis em uma menor quantidade possível, diminuindo com isso a ordem da matriz de covariâncias, para elucidá-las (Pasquali, 2012).

Para a realização da AFE é imprescindível observar: 1) a homogeneidade da amostra, a qual propõe que os grupos sejam fidedignamente iguais com relação ao construto que é pesquisado, pois, se apresentar diferença a estrutura consequente não abarcará as dimensões adequadamente; e 2) a multicolinearidade, tem como pressuposto localizar as inter-relações existentes entre as variáveis, se elas estão relacionadas (Pasquali, 2012). Entretanto, a relação estabelecida precisa ser diferente, não ser igual, a 1,0. Para Damásio (2012) a determinação da adequação para poder se utilizar a AFE é realizada através da matriz de correlação, a qual é estabelecida pelo teste de esfericidade de Bartlett. Neste teste a hipótese nula é a de que a matriz de correlação precisa ser igual a uma matriz identidade, propondo-se que a hipótese de interesse se dá quando as, ou algumas, variáveis se correlacionam significativamente (Damásio, 2012). Outra estatística teste utilizada é o critério Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) que verifica a adequabilidade da amostra, sendo considerado um índice satisfatório acima de 0,70. Vale ressaltar mais um ponto a ser observado para a realização da AFE que é o MSA (*Measure of Sampling Adequacy*), que se refere a adequação da amostra, onde o valor de referência a ser obtido deve se apresentar superior a 0,50 para que a AF seja adequadamente executada (Hair et al., 2009).

Para a realização da AFE foi utilizado o Método de Fatoração do Eixo Principal (*Principal Axis Factoring – PAF*). Salienta-se que, em relação às pesquisas psicológicas, o interesse dos pesquisadores, geralmente, é a investigação do construto latente, que explique a inter-relação estabelecida entre os conjuntos de itens (Damásio, 2012). Nessa perspectiva, a utilização da AFE é a mais adequada (Costelo & Osbourne, 2005; Floyd & Widman, 1995; Velicer, Eaton, & Fava, 2000). Com relação ao método, PAF, este torna-se aconselhável quando a meta principal do estudo é a redução dos dados em fatores (Hair et al., 2009).

No que diz respeito a extração de fatores, é imperativo seguir alguns critérios. Estes são:

- 1) fatores que apresentem valor acima de 1,0, conforme o critério de Kaiser-Guttman (Damásio, 2013);
- 2) tanto a observação da estrutura apresentada nas pesquisas anteriores, se houverem,

quanto também a observação da teoria que embasa o construto de interesse; 3) a estrutura fatorial cuja explicação da variância total se apresente maior que 60%; 4) a atenção sobre o critério de Cattell, que observa tanto o *screeplot* quanto o número de fatores que se apresentam acima do ponto de inflexão do gráfico (Cattell, 1966); e 5) o critério de Horn (1965), ou seja, a análise paralela; conforme Damásio (2012), a análise paralela torna-se a cada dia mais consolidada na literatura internacional, no entanto, no Brasil sua utilização continua sendo escassa. O referido critério tem sido adaptado para utilização nas AFE (Crawford, Green, Levy, Wen-juo, & Scott, 2010; Velicer et al., 2000), atualmente é considerado como um método compatível para a escolha da quantidade de fatores que precisam ser retidos (Damásio, 2013; Glorfeld, 1995; Lorenzo-Seva, Timmerman, Kiers, 2011).

Por fim, tem-se a interpretação dos fatores. Esta fase é considerada de grande importância, pois, nela ocorre a associação da técnica estatística com a teoria que embasa o construto (Field, 2009). Entretanto, para facilitar o entendimento sobre as cargas fatoriais que estão associadas aos fatores, é necessário a utilização de técnicas de rotação, pois estas objetivam encontrar a solução mais simples para que cada variável obtenha uma carga fatorial mais elevada por meio de uma menor quantidade de fatores, ou até mesmo de um só fator (Abdi, 2003).

Nesse sentido, na presente pesquisa foram realizados: 1) o método *Varimax*, de rotação ortogonal, por este ser bem aceito nas investigações por isso é esboçado como o mais utilizado nos estudos de Psicologia (Fabrigar, MacCallum, Wegener, Strahan, 1999; Tabachnick & Fidell, 2007); e 2) o método *Direct Oblimin*, de rotação oblíqua, pela perspectiva de que se permite a correlação entre os fatores e que, segundo Costello e Osborne (2005), todos os métodos de rotação oblíqua apresentam resultados equivalentes. Entretanto, conforme Sass e Schmitt (2010), apesar de aceitar essas duas ordens (ortogonal e oblíqua), os pesquisadores almejam resultados de estruturas fatoriais simples, pois estas facilitam a interpretação. Os resultados, nesta pesquisa, foram conseguidos através do método *Varimax*. Ressalta-se, que as formas complexas adquiridas através do método de rotação oblíqua tendem a encontrar as informações com maior precisão e realidade. Diante de todo o exposto à técnica da AFE foi utilizada na referida pesquisa com objetivo de verificar a maneira como os itens do instrumento em questão se organizaram como estrutura.

3.8.3.2 Análise Fatorial Confirmatória

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) é um método utilizado para testar hipóteses

(Figueiredo e Silva, 2010). Nesta perspectiva, o pesquisador embasa-se numa determinada teoria, na qual mensura a maneira como determinadas variáveis são representativas de um conceito/dimensão (Blalock, 1974). A AFC é considerada um dos métodos mais rigorosos na testagem das estruturas fatoriais quando está inserida na estrutura de modelagem de equações estruturais (SEM), na qual se emprega uma teoria de mensuração e uma teoria estrutural (Byrne, 2001). A teoria de mensuração pormenoriza como as variáveis medidas equivalem lógica e sistematicamente os construtos implicados em um modelo teórico, indagando que o construto seja definido antecipadamente, diferentemente da AFE (Hair et al., 2009).

Com o objetivo de englobar indícios de ajuste do modelo fatorial de cada escala, uma AFC foi realizada com uso do estimador da Distribuição Assintótica Livre, ou abreviadamente, ADF (*Asymptotically distribution-free*), método de estimação dos parâmetros, utilizado para grandes amostras (> 500) (Browne, 1984). A adequação de ajuste do modelo aos dados empíricos será avaliada com os seguintes indicadores:

Razão Qui-quadrado / graus de liberdade – Medida geral do ajuste do modelo (Byrne, 2009). Uma norma geral é que o modelo é considerado apropriado quando a razão do Qui-quadrado sobre os graus de liberdade ($\chi^2/g.l.$) for menor que 1,96 (Ullman, 2007).

Goodness-of-Fit Index (GFI) e *Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI)* – Esses indicadores descrevem o quanto o modelo explica a proporção de variância-covariância dos dados, sendo considerados ideais os valores iguais ou superiores a 0,90 (Byrne, 2009; Hair, 2009).

Comparative Fit Index (CFI) – Índice de comparação de ajustamento de modelos; valores próximos a 0,90 ou superiores são concebidos como evidenciando um ajustamento adequado (Byrne, 2009; Hair, 2009).

Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA) – Índice comparativo de ajuste do modelo que considera o erro de aproximação na população e deve ser interpretado levando em consideração o intervalo de confiança de 90% (IC90%). Valores inferiores a 0,08 indicam um bom ajuste (Byrne, 2009).

3.8.4 Alfa de Cronbach

A consistência interna demonstra a intensidade de mensuração do teste em relação ao construto estudado (Hogan, 2006; Urbina, 2007). O coeficiente Alfa de Cronbach (α) foi desenvolvido por Cronbach (1951). É considerado como uma das técnicas mais utilizadas nas investigações científicas, pois ele além de exigir aplicação do teste uma única vez também se adequa a estilos de respostas politômicas (Pasquali, 2010), como ocorre no caso das escalas

Likert e tipo *Likert*. Trata-se, portanto, do índice que irá analisar tanto a variância que pode ser inferida aos indivíduos, como também a variância que pode vir a ser atribuída à interação entre os sujeitos e os itens, em outras palavras, é o índice que demonstra o grau de covariância das variáveis entre si (Pasquali, 2003). Nessa pesquisa, o Alfa de Cronbach foi calculado para cada fator mensurado separadamente.

Reitera-se ainda que, a estimativa de confiabilidade varia no intervalo entre 0 e 1,0, cujos valores desejáveis são os que se apresentam superiores a 0,70 e inferiores a 1,0 (Cronbach, 1951).

3.8.5 Teoria de Resposta ao Item

A Teoria de Resposta ao Item (TRI) ou Teoria do Traço Latente consiste em um conjunto de modelos matemáticos que considera o item como unidade básica de análise e procura averiguar qual a probabilidade de um indivíduo dar uma resposta a um item em função dos parâmetros e da magnitude do traço latente do indivíduo (Pasquali, 2013). Por este método objetiva-se avaliar o desempenho do sujeito ao item (comportamento ou efeito diretamente observável) e de que forma essa resposta é dada (causas), considerando-se o conjunto de variáveis e a magnitude do traço latente presente no indivíduo (Andrade et al., 2000).

Esta teoria considera dois postulados básicos, que são: 1) a predição do desempenho do sujeito no item (tarefa) é considerada por um agrupamento de traços latentes (variáveis hipotéticas), que são identificadas pela letra grega teta (θ); e 2) a Curva Característica do Item (CCI), a qual se refere a uma função matemática que estabelece a relação entre o desempenho no teste e o traço latente. Esta propõe que na mesma medida que ocorre o aumento do traço latente, ou seja, o θ aumenta, acontece concomitantemente o aumento da probabilidade de acertar o item. Entende-se com isso que o θ possibilita estimar a resposta do sujeito para cada item, além de estabelecer o cálculo para cada participante (Pasquali, 2007).

Enfatiza-se que os dois critérios importantes para a execução da TRI são: 1) unidimensionalidade, nele há a ratificação de que existem, na base do desempenho dos comportamentos, traços latentes. Isto quer dizer que, o indivíduo encontra-se num espaço de dimensões e o seu desempenho dependerá dos tamanhos dos θ que ele possuir, daí seu desempenho será apresentado como função de um vetor de pesos dos θ . Nessa perspectiva, afirma-se que existe um fator dominante, o qual é incumbido pela representação no agrupamento de itens do teste; e 2) independência local, esta significa que as respostas dadas a dois itens diferentes pelo indivíduo são estatisticamente autônomos, pois, cada item terá um θ

próprio. Verifica-se, assim, que a sequência de respostas auferidas a uma ordem de itens é o resultado da probabilidade de cada item individual (Pasquali, 2007).

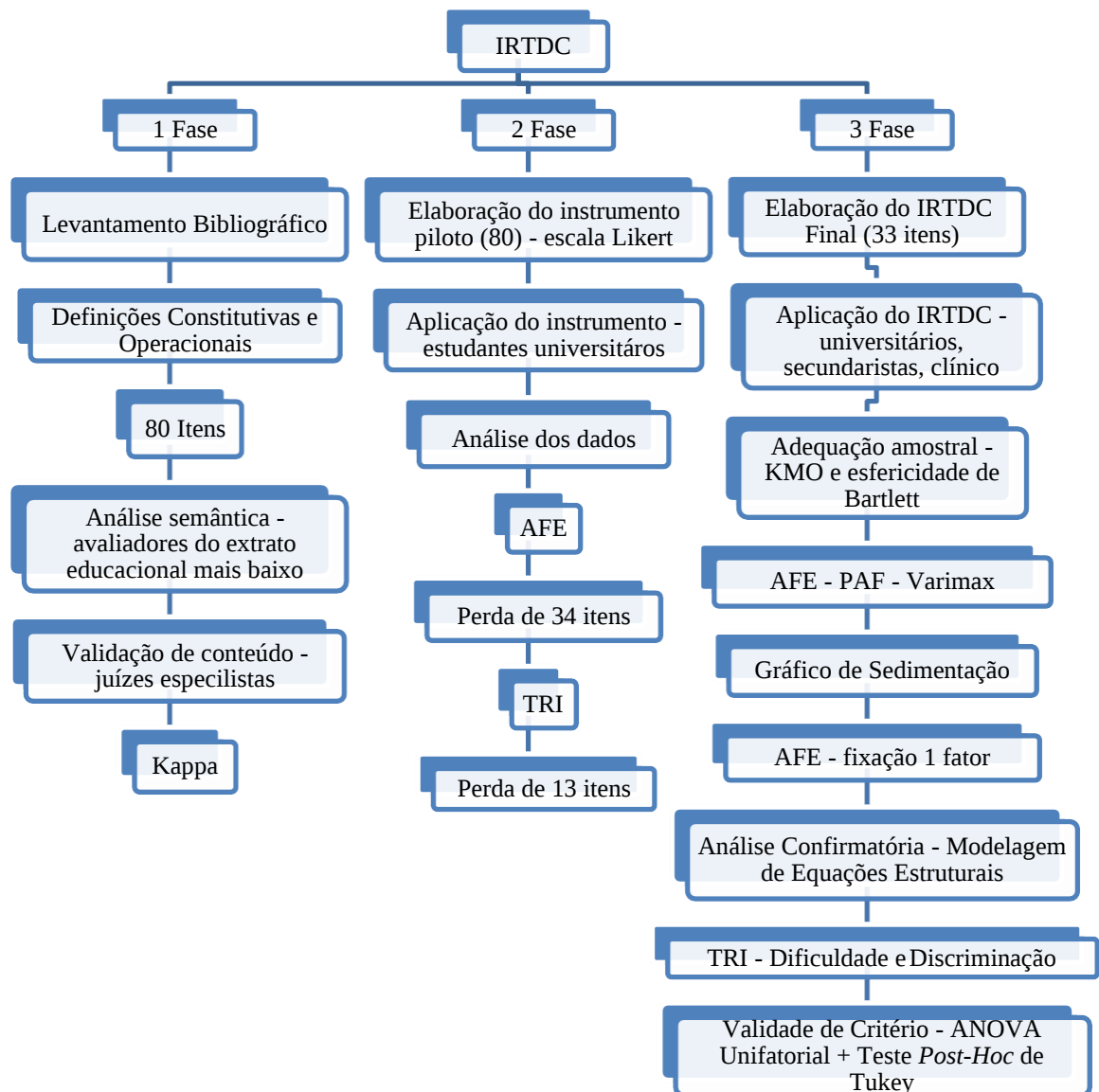
A TRI possui três modelos logísticos mais conhecidos: 1. Modelo logístico de um parâmetro ou modelo de Rasch, faz a suposição de que os itens possuem o mesmo nível de discriminação e que não há respostas dadas ao acaso. Avaliando somente a dificuldade dos itens; 2. Modelo Logístico de dois parâmetros, que avalia a dificuldade e a discriminação dos itens, assumindo que não haja respostas dadas ao acaso; e 3. Modelo de três parâmetros de Lord em que os três parâmetros dos itens são avaliados. Este procedimento produz para cada item, uma ogiva, chamada de CCI (Pasquali, 2010).

Para os itens politômicos, o modelo da TRI analisa os parâmetros dos itens e o nível de traço latente (θ) dos respondentes por meio do modelo gradual de Samejima, com uso de itens politômicos (Samejima, 1997), de modo a representar graficamente os itens por meio da curva característica do item (CCI). Os itens do instrumento de rastreio do TDC foram calibrados a fim de se estimar os parâmetros de discriminação e de dificuldade (Pasquali, 2007).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para alcançar os objetivos propostos no estudo, considerando os procedimentos norteadores delineados no método, passa-se agora a fase de apresentação dos resultados, sendo estes acompanhados de suas respectivas discussões. Segue-se, de maneira resumida, na Figura 6 todas as análises realizadas durante o processo de elaboração do IRTDC, conforme a *TEEP* proposta por Pasquali (2010).

Figura 6. Etapas executadas no desenvolvimento do IRTDC.



Fonte: Criação própria segundo análises realizadas nas fases de desenvolvimento do IRTDC

A Figura 6 retrata o processo gradativo que foi realizado no desenvolvimento do

instrumento de rastreio do TDC proposto nesta pesquisa. Na primeira fase não foi apresentada perda de itens sendo realizada apenas correções ortográficas dos itens. Na segunda fase deu-se a construção do instrumento piloto e após análises ocorreram perda de 47 itens ficando o instrumento final com 33 itens. O instrumento final continuou com os 33 itens.

4.1 Elaboração dos Itens

De acordo com o que fora explicado no método elaborou-se inicialmente 80 itens baseados nos critérios do DSM-5, respondidos em uma escala de respostas tipo *Likert*. Em sequência, executou-se a análise semântica, que não apresentou incompreensão dos termos utilizados nos itens. Nesta análise inicial não houve necessidade de fazer nenhuma alteração ou retirada de itens. Os indivíduos participantes desta primeira etapa de análise foram todos do 1º ano do Ensino Médio. Em continuação as análises teóricas, realizou-se a validação de conteúdo através da análise de juízes, sendo considerado o critério de 80% entre os juízes especialistas para que um item pudesse prosseguir fazendo parte do instrumento. Nesta análise, os juízes avaliadores concordaram com a permanência de todos os itens, ocorrendo, por parte do entendimento dos juízes, alteração de alguns itens dentro dos fatores que foram inicialmente propostos. Houveram apenas algumas correções ortográficas.

4.2 Estudo Piloto

Com a devida análise teórica dos itens realizada, passou-se à fase de aplicação e análise do instrumento piloto. A amostra de indivíduos que fizeram parte desta aplicação totalizou 169 sujeitos, já descritos no tópico amostra, contido na metodologia deste estudo.

Inicialmente, após coleta dos dados do estudo piloto, foi realizada uma AFE, a partir do método *Principal Axis Factoring* (PAF), buscando verificar qual a estrutura apresentada pelos dados em termos fatoriais. O teste da Medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mostrou-se como aproximadamente adequado, apesar de estar abaixo do ponto de corte para pesquisas em psicologia, já o teste de esfericidade de Bartlett foi satisfatório, sendo significativo [$KMO = 0,695$; $\chi^2 (3160) = 8211,426$; $p < 0,001$]. A primeira estrutura apresentada trouxe 21 valores próprios acima de 1,0, como preconiza o critério de Kaiser. Contudo, após análise paralela restaram 10 fatores. Comparando esses 10 fatores com a teoria concluiu-se que esta estrutura fatorial não poderia ser considerada satisfatória, portanto prosseguiu-se fixando a AFE em 4 fatores, eliminando em um primeiro momento 14 itens com cargas fatoriais abaixo de 0,40 ou

que não saturaram em nenhum fator. Posteriormente, realizou-se uma redução via TRI a partir do modelo de resposta gradual de Samejima e do pacote mirt no Programa estatístico R. Avaliando-se primeiramente os itens que apresentaram índices negativos no parâmetro α (discriminação), pois estes são prejudiciais ao modelo e também o grau de ajustamento dos itens ao modelo unidimensional em cada fator. A partir destas análises foram eliminados 20 itens. Por fim, utilizou-se o critério de exclusão com base nos itens que aumentariam a consistência interna caso fossem retirados e assim foram retirados mais 7 itens. Somando um total de 41 itens eliminados, restando 39 itens no instrumento. Contudo, após avaliação teórica, esta estrutura foi considerada insatisfatória, pois não condizia com a base dos critérios diagnósticos do DSM-5.

Após esta análise teórica e empírica, considerou-se como mais adequada a realização da AFE fixando-se em um fator, considerando os 80 itens, conforme consta na Tabela 5, assim, foram eliminados inicialmente 34 itens com cargas fatoriais abaixo de 0,40, foram eles: 64, 18, 53, 29, 15, 37, 19, 66, 31, 65, 51, 39, 52, 16, 79, 57, 80, 60, 46, 45, 20, 58, 38, 30, 11, 06, 61, 21, 48, 07, 40, 59, 54 e 67.

Tabela 5: Demonstrativo de Cargas e Comunalidades dos Itens

Item	Carga	Comunalidade
50. Me sinto triste quando olho no espelho e vejo meu(s) defeito(s).	0,836	0,780
42. Sinto medo das pessoas verem a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,826	0,683
43. Só saio de casa vestindo(a) uma roupa que esconda/disfarce o(s) defeito(s) no meu corpo.	0,788	0,634
49. Fico angustiado(a) quando alguma pessoa olha para mim porque ela verá meu(s) defeito(s).	0,779	0,693
35. Ao me olhar no espelho, só consigo ver a(s) parte(s) com defeito(s), não o corpo como um todo.	0,764	0,579
34. Sinto-me ansioso(a) quando preciso trocar minhas roupas na frente de outras pessoas porque vão ver meu(s) defeito(s) corporal(ais).	0,758	0,571
72. Quando olho no espelho, só consigo olhar para a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,751	0,658
27. Esta(s) parte(s) específica(s) torna(m) minha aparência horrível.	0,747	0,595
10. Quando olho no espelho vejo deformação em uma (ou mais) parte(s) do meu corpo.	0,734	0,531
32. O(s) defeito(s) da minha aparência me impede(m) de ficar com roupa de banho (biquíni/ sunga) na frente de pessoas estranhas.	0,725	0,556
33. Penso a toda hora na(s) parte(s) do corpo que eu não gosto.	0,702	0,542
74. Meu(s) defeito(s) torna(m) o meu corpo mais feio que o corpo de todas as outras pessoas.	0,693	0,525
17. Ao tirar fotos, escondo-me atrás de outras pessoas para esconder meu(s) defeito(s).	0,679	0,537
55. Tenho certeza que as outras pessoas me acham feio(a) por causa do(s) meu(s) defeito(s).	0,648	0,481
2. Tento esconder das outras pessoas a parte do corpo que eu não gosto.	0,635	0,481
12. Ao andar pela rua, penso que as outras pessoas olham diretamente para a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,629	0,447
24. As pessoas dizem que a aparência do meu corpo é normal, mas eu discordo delas.	0,627	0,507

Tabela 5: Demonstrativo de Cargas e Comunalidades dos Itens

Item	Carga	Comunalidade
41. O pensamento sobre a(s) parte(s) do corpo que não gosto surge sempre na minha mente.	0,607	0,366
5. Evito me olhar no espelho para não me sentir triste ao ver a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,605	0,410
4. A opinião que as pessoas têm sobre meu corpo é importante para mim.	0,605	0,380
76. Fico ansioso(a) para saber a opinião que as pessoas têm sobre a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,594	0,454
68. Evito me olhar no espelho para não ver minha(s) imperfeição(ões).	0,594	0,559
78. A(s) deformação(ões) do meu corpo aumenta(m) porque estou gordo(a).	0,576	0,383
1. Para sair de casa mudo várias vezes de roupa buscando esconder a parte do corpo que não gosto.	0,561	0,459
75. Não consigo parar de me olhar no espelho para checar meu(s) defeito(s) na aparência.	0,559	0,447
73. Acredito que as pessoas falam sobre o(s) meu(s) defeitos quando não estou por perto.	0,556	0,377
63. Deixei de sair de casa para as pessoas não verem o(s) defeito(s) na minha aparência.	0,556	0,340
3. O meu corpo tem mais defeitos do que o corpo de qualquer outra pessoa.	0,552	0,325
36. Considero normais todas as partes do meu corpo.**	-0,551	-
47. Tendo condição financeira eu farei uma plástica para mudar a(s) imperfeição(ões) do meu corpo.	0,523	0,514
23. Não consigo sair de casa porque as pessoas irão notar o(s) meu(s) defeito(s) no corpo (algo imperfeito em minha aparência).	0,509	0,570
70. Evito encontrar com outras pessoas para que não vejam a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,489	0,357
56. Quero fazer uma plástica para mudar totalmente a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,487	0,526
22. Por causa da(s) parte(s) do meu corpo que não gosto, penso em morrer.	0,482	0,403
77. Me sinto satisfeito(a) com meu corpo, mesmo tendo defeito(s).**	-0,473	0,369
9. Todos os tratamentos que fiz para diminuir o(s) meu(s) defeito(s) não ajudaram em nada.	0,463	-
25. Sinto-me bem quando olho minha(s) imperfeição(ões) no espelho.**	-0,462	-
44. As pessoas sempre olham para mim por conta de um (ou mais) defeito(s) na minha aparência.	0,458	0,335
28. Quando olho para outras pessoas sempre procuro encontrar defeito(s)/deformidade(s) no corpo delas.	0,439	0,333
71. Me sinto bem por meu corpo ter defeito(s) como o corpo de qualquer outra pessoa.	-0,436	0,316
14. Quando as pessoas pensam em mim é por causa da(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,428	0,333
26. As pessoas zombam/riem de mim por causa do(s) meu(s) defeito(s).	0,418	-
13. Faço qualquer tipo de dieta/regime para melhorar o(s) defeito(s) no meu corpo.	0,414	0,321
62. Ver que tem alguém olhando para o(s) meu(s) defeito(s) não me incomoda.**	-0,404	0,370
8. Uso perucas/lenços para esconder meu cabelo.	0,400	0,515
69. Não me olho em nenhuma superfície que reflita minha imagem por causa do(s) defeito(s).	0,397	0,425
64. Uso cremes (faciais, capilares ou corporais) para diminuir a(s) imperfeição(ões) do corpo.	0,394	0,294
18. Considero a musculatura do meu corpo sem defeito(s). **	-0,393	0,250
53. Deixo que as pessoas vejam a(s) parte(s) do corpo que eu não gosto.**	-0,393	0,332
29. Perdi o sentido de viver por causa da(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,390	0,224
15. Saio de casa despreocupado(a) em esconder meu(s) defeito(s) com a roupa que visto. **	-0,382	-
37. As pessoas me evitam por causa do(s) defeito(s) na minha aparência.	0,373	0,222
19. Mesmo com a minha aparência imperfeita me sinto fisicamente aceito(a) pelas outras pessoas.**	-0,366	0,256
66. Tenho sonhos/pesadelos com a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,365	-
31. As pessoas sempre falam sobre a(s) parte(s) do meu corpo que é defeituosa.	0,352	-
65. Por causa do(s) meu(s) defeito(s) arrumo objetos/coisas em todo lugar que eu vá.	0,351	0,604
51. Andando pela rua sinto que vou passar mal e ninguém vai me ajudar por causa do(s) meu(s) defeito(s).	0,335	-

Tabela 5: Demonstrativo de Cargas e Comunalidades dos Itens

Item	Carga	Comunalidade
39. Tendo condição financeira, eu farei quantas plásticas forem necessárias até alcançar a perfeição da(s) parte(s) que não gosto no corpo.	0,331	0,355
52. Arrumo objetos em casa para diminuir a angústia que minha(s) imperfeição(s) me causa(m).	0,312	0,365
16. Passo dias sem comer por causa do(s) meu(s) defeito(s).	0,311	0,272
79. Já pensei em me suicidar por causa do(s) meu(s) defeito(s) no corpo.	0,308	-
57. Faço exercícios físicos repetitivos para diminuir meu(s) defeito(s), mas não tem resultado.	0,297	0,302*
80. Induzir vômito ajuda a diminuir meu(s) defeito(s) no corpo.	0,296	0,332
60. Não gosto da(s) parte(s) do corpo que é(são) defeituosa(s), mas ela(s) faz(em) parte de mim.	0,290	-
46. Se eu passar mal na rua, outras pessoas me ajudarão apesar do(s) meu(s) defeito(s).**	0,281*	-
45. Outras pessoas dizem que estou magro(a) mas eu só me vejo gordo(a).	0,279	-
20. Passo o tempo trancado(a) no quarto para meus familiares não verem o(s) meu(s) defeito(s).	0,246	0,514
58. Apesar do(s) defeito(s) consigo olhar no espelho e me ver como um todo, não apenas em partes.**	-0,242	0,397
38. Sinto que a(s) parte(s) do corpo que não gosto foi(ram) colocada(s) em mim por outra pessoa.	0,178	0,327
30. Passo horas fazendo musculação, mas não vejo melhora no(s) defeito(s) do meu corpo.	0,174	-
11. Tomo laxantes para ajudar a diminuir o(s) meu(s) defeito(s) corporal(is).	0,155	-
6. Uso bonés/chapéus para esconder a(s) parte(s) defeituosa do meu corpo.	0,152	-
61. Acabei relacionamentos por causa da(s) minha(s) imperfeição(ões).	0,148	0,282
21. Passo dias sem comer para melhorar a imperfeição do meu corpo.	0,145	0,296
48. Minha aparência física perfeita é o meu sentido de vida.	0,082	-
7. O defeito no meu corpo é causado pelo cheiro que sai de mim.	0,062	-
40. Não consigo trabalhar porque não paro de pensar na(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,034	-
59. Se eu precisar de socorro na rua as pessoas não me ajudarão por causa do(s) meu(s) defeito(s).	0,023	0,404
54. Tomo laxantes mas não por causa do(s) meu(s) defeito(s).**	-0,018	-
67. O(s) defeito(s) no corpo não me impede(m) de estar junto de outras pessoas.**	0,009	0,319

Observa-se na Tabela 5 que 19 itens não constam a comunalidade, tendo em vista que o instrumento não se mostrava adequado para análises posteriores, por conta da baixa pontuação na análise da Medida de Adequação de Amostragem (*Measure of Sampling Adequacy* MSA). Assim, os itens foram retirados da análise para realização de uma nova análise que resultou nas cargas fatoriais e comunalidades apontadas na Tabela 5.

Então, considerando-se a estrutura unifatorial realizou-se uma redução via TRI a partir do modelo de resposta gradual de Samejima e do pacote mirt no Programa estatístico R. Primeiro, avaliou-se os itens que apresentaram índices negativos no parâmetro *a* (discriminação), pois estes são prejudiciais ao modelo. Os itens com discriminação positiva respeitam o critério da TRI de uma curva monotônica ascendente, por outro lado, os itens com discriminação negativa (curva decremental) necessitam ser excluídos. Por fim, avaliou-se o grau de ajustamento dos itens ao modelo unidimensional. A partir destas análises foram

eliminados 13 itens, sendo eles: 25, 36, 62, 71, 77, 03, 04, 05, 08, 10, 17, 41, 78. Total de Eliminados: 47 itens. Assim a escala final foi formada de 33 itens com índice de Alfa de Cronbach ótimo (alfa = 0,945).

4.3 Estudo Final

4.3.1 Análise Fatorial Exploratória

Após a aplicação do instrumento na amostra do estudo final e sua posterior digitação no banco de dados, foi realizada nova etapa para o processo de validação da IRTDC, considerando a amostra total (estudantes universitários, secundaristas e amostra clínica). Assim, foi realizada uma AFE, utilizando-se o método da PAF (mais parcimoniosa) e rotação *Varimax*. Inicialmente foram realizados os testes de adequação amostral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,957) e o teste de esfericidade de Bartlett [$\chi^2(528) = 11805,282$; $p < 0,001$] e ambos foram satisfatórios para a realização da análise fatorial, inclusive, o teste de KMO, foi considerado como maravilhoso, de acordo com Kaiser (1974).

Sendo assim, procedeu-se com a execução da análise fatorial do instrumento com 33 itens. Os índices apresentados a seguir na Tabela 6 permitiram o estudo do número de fatores a ser retido.

Tabela 6. Valores próprios, variância explicada e cumulativa e análise paralela para a escala IRTDC.

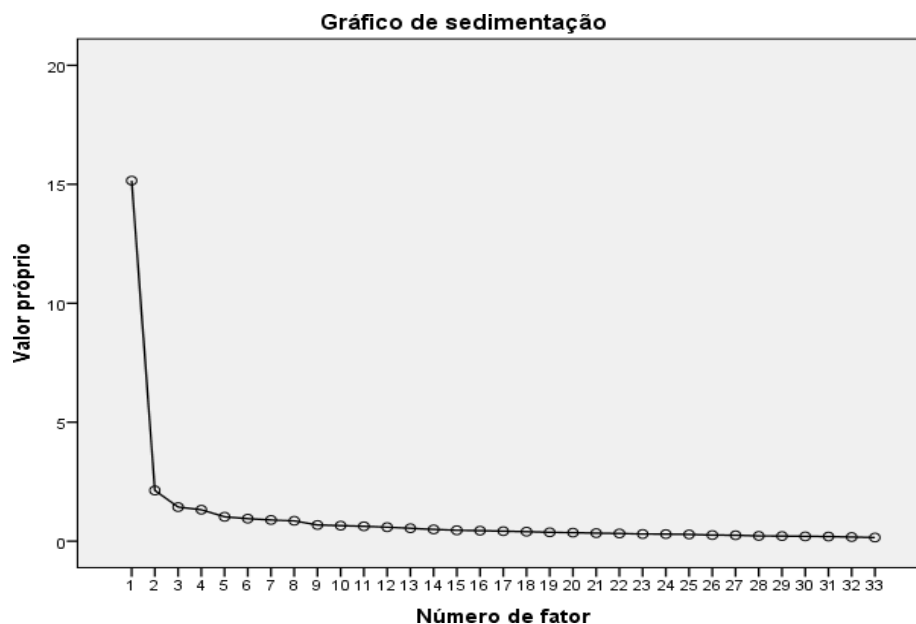
Fator	Valor próprio	% de variância	% cumulativa	Análise Paralela
1	15,153	45,920	45,920	1,458
2	2,133	6,465	52,385	1,403
3	1,434	4,346	56,730	1,358
4	1,322	4,005	60,736	1,320
5	1,024	3,104	63,840	1,287

Fonte: construção própria a partir de resultados obtidos pelo SPSS versão 22.0

Esta análise gerou em um primeiro momento cinco fatores, explicando 63,84% da variância cumulativa, cujos valores próprios e variâncias explicadas, são encontradas na Tabela 6, assim como a análise paralela, realizada para a confirmação do número de fatores. Observa-se que o resultado da análise paralela apontou para a existência de quatro fatores.

A Figura 7 mostra a distribuição dos fatores em uma curva, sendo que, a partir do momento em que os pontos tornam-se muito próximos, compreende-se que a variância explicada é menor, logo, aponta-se para a existência de um fator.

Figura 7. Gráfico de sedimentação Scree Plot.



Fonte: SPSS versão 22.0

Considerando a estrutura multifatorial realizou-se uma análise dos itens nesta estrutura, ou seja, fez-se uma nova análise fatorial, com fixação de 1 (um) fator, dispensando assim a necessidade de rotação. Na Tabela 7 encontram-se as cargas fatoriais e as comunalidades dos itens, assim como o valor próprio do fator único, sua variância explicada e o alfa de Cronbach, que indicou que este instrumento é considerado como preciso, com alta fidedignidade (Hair et al., 2007).

Tabela 7. Cargas fatoriais e comunalidade dos itens, variância explicada, valor próprio e alfa de Cronbach do fator.

Item	Fator	h ²
16. Ao me olhar no espelho, só consigo ver a(s) parte(s) com defeito(s), não o corpo como um todo.	0,786	0,618
23. Tenho certeza que as outras pessoas me acham feio(a) por causa do(s) meu(s) defeito(s).	0,781	0,609
22. Me sinto triste quando olho no espelho e vejo meu(s) defeito(s).	0,773	0,598
21. Fico angustiado(a) quando alguma pessoa olha para mim porque ela verá meu(s) defeito(s).	0,772	0,596
31. Meu(s) defeito(s) torna(m) o meu corpo mais feio que o corpo de todas as outras pessoas.	0,769	0,592
14. Penso a toda hora na(s) parte(s) do corpo que eu não gosto.	0,766	0,587
29. Quando olho no espelho, só consigo olhar para a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,755	0,570
17. Sinto medo das pessoas verem a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,750	0,563
19. As pessoas sempre olham para mim por conta de um (ou mais) defeito(s) na minha aparência.	0,739	0,546
11. Esta(s) parte(s) específica(s) torna(m) minha aparência horrível.	0,738	0,544
18. Só saio de casa vestindo(a) uma roupa que esconda/disfarce o(s) defeito(s) no meu corpo.	0,717	0,514

Tabela 7. Cargas fatoriais e comunalidade dos itens, variância explicada, valor próprio e alfa de Cronbach do fator.

Item	Fator	h ²
4. Ao andar pela rua, penso que as outras pessoas olham diretamente para a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,704	0,496
28. Evito encontrar com outras pessoas para que não vejam a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,697	0,486
32. Não consigo parar de me olhar no espelho para checar meu(s) defeito(s) na aparência.	0,695	0,483
15. Sinto-me ansioso(a) quando preciso trocar minhas roupas na frente de outras pessoas porque vão ver meu(s) defeito(s) corporal(ais).	0,690	0,475
30. Acredito que as pessoas falam sobre o(s) meu(s) defeitos quando não estou por perto.	0,669	0,447
26. Evito me olhar no espelho para não ver minha(s) imperfeição(ões).	0,668	0,446
13. O(s) defeito(s) da minha aparência me impede(m) de ficar com roupa de banho (biquíni/ sunga) na frente de pessoas estranhas.	0,662	0,439
33. Fico ansioso(a) para saber a opinião que as pessoas têm sobre a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,652	0,425
8. Não consigo sair de casa porque as pessoas irão notar o(s) meu(s) defeito(s) no corpo (algo imperfeito em minha aparência).	0,649	0,421
2. Tento esconder das outras pessoas a parte do corpo que eu não gosto.	0,636	0,404
6. Quando as pessoas pensam em mim é por causa da(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,631	0,398
9. As pessoas dizem que a aparência do meu corpo é normal, mas eu discordo delas.	0,627	0,393
25. Deixei de sair de casa para as pessoas não verem o(s) defeito(s) na minha aparência.	0,616	0,380
1. Para sair de casa mudo várias vezes de roupa buscando esconder a parte do corpo que não gosto.	0,597	0,356
10. As pessoas zombam/riem de mim por causa do(s) meu(s) defeito(s).	0,595	0,355
7. Por causa da(s) parte(s) do meu corpo que não gosto, penso em morrer.	0,595	0,354
27. Não me olho em nenhuma superfície que reflita minha imagem por causa do(s) defeito(s).	0,591	0,349
3. Todos os tratamentos que fiz para diminuir o(s) meu(s) defeito(s) não ajudaram em nada.	0,544	0,296
24. Quero fazer uma plástica para mudar totalmente a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	0,493	0,243
5. Faço qualquer tipo de dieta/regime para melhorar o(s) defeito(s) no meu corpo.	0,466	0,217
12. Quando olho para outras pessoas sempre procuro encontrar defeito(s)/deformidade(s) no corpo delas.	0,465	0,216
20. Tendo condição financeira eu farei uma plástica para mudar a(s) imperfeição(ões) do meu corpo.	0,460	0,211
Valor próprio	15,153	
Variância explicada	45,92%	
Alfa de Cronbach	0,96	

Fonte: SPSS versão 22.

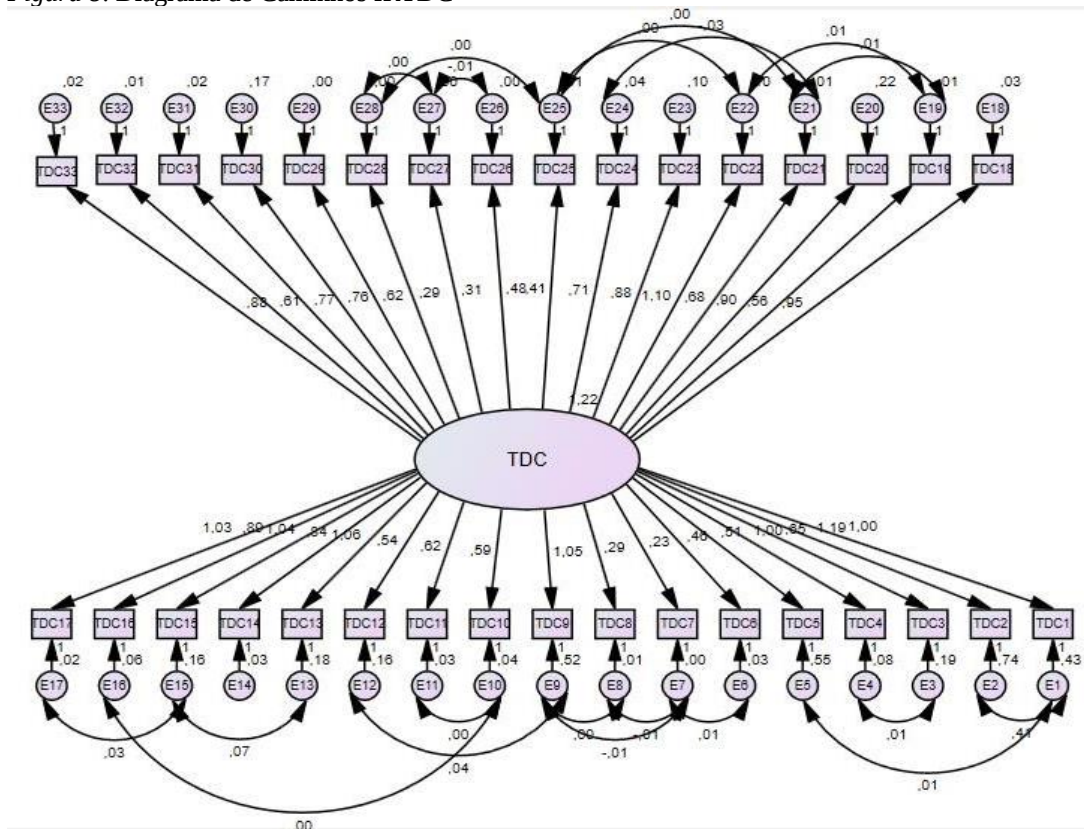
Na Tabela 7 observa-se que quanto menor a comunalidade, menor a carga fatorial, contudo percebe-se que os itens não apresentaram carga fatorial inferior a 0,40, atendendo ao critério para manter-se na escala. O valor próprio deste fator foi superior ao estabelecido pelo critério de Cattell, que é um (15,153), explicando 45,92% da variância total. Segundo Hair et al. (2009) em algumas áreas científicas, dada a sua menor precisão, são aceitáveis soluções que apresentem a cobertura de 60% da variância total e em alguns casos até menos, sendo a explicação do IRTDC considerada como satisfatória.

Segundo Hair et al. (2009) o valor da fidedignidade a partir do Alfa de Cronbach para ser considerado como aceitável, precisa situar-se acima de 0,70, portanto, além do valor do fator único do IRTDC ter sido aceitável, ele é considerado, pelo mesmo autor, como excelente (alfa = 0,96).

4.3.2 Modelagem de Equações Estruturais

Prosseguindo-se as análises, efetuou-se a validação fatorial confirmatória, seguindo o passo-a-passo necessário para a validação completa do IRTDC. A AFC, a partir do método de Modelagem de Equações Estruturais, foi realizada utilizando-se o pacote estatístico AMOS, versão 21.0, vinculado ao SPSS. Foram analisados os 33 itens utilizando-se o banco de dados geral com 612 sujeitos (contendo os dados dos estudantes universitários, estudantes do ensino médio e a amostra clínica), utilizando-se o método da distribuição livre assintótica, por se tratar de uma amostra considerada grande (Browne, 1984), com este método, dispensa-se o uso de análise para normalidade dos itens. Após o desenho do diagrama de caminhos e reajuste das relações entre os erros associados aos itens, foram alcançados os valores necessários para confirmar a estrutura. A Figura 8 mostra o diagrama de caminhos em seu resultado final.

Figura 8. Diagrama de Caminhos IRTDC



Fonte: AMOS versão 21.0

Segundo Kline (1998), para avaliar o ajuste do modelo estrutural, é preciso apresentar índices de ajuste, sejam eles, absolutos, comparativos e de parcimônia. O índice absoluto Qui-quadrado é considerado como sensível ao tamanho da amostra, ou seja, sendo seu resultado significativo, não se considera que o modelo não está adequado, tendo em vista que o tamanho amostral deste estudo é considerado grande [$\chi^2(475) = 2450,754; p < 0,001$]. Outros índices de ajuste absolutos necessários são o índice de qualidade de ajuste GFI (*Goodness-of-Fit Index*), cujo valor precisa ser superior a 0,90, para indicar bom ajuste do modelo, além do índice baseado em resíduos padronizados RMSEA (*Root Mean Square Error of Aproximation*), cujo valor limite é 0,08. Outros índices são considerados como o de ajuste incremental ou comparativo, sendo eles o índice de *Tukey-Lewis* (TLI), índice ajustado de qualidade (AGFI) e o índice de ajuste normado (NFI) cujos valores devem ser iguais ou maiores que 0,90. Para os índices de ajuste parcimonioso existem os qui-quadrado normado: χ^2/gl , cujo valor deve ser entre 1 e 5, entretanto valores entre 1 e 2 indicam maior parcimônia; além desse há o índice de qualidade de ajuste parcimonioso (PGFI) que deve ter valores altos para indicar parcimônia. Os referidos resultados estão dispostos na Tabela 8.

Tabela 8: Demonstrativo de resultados da análise confirmatória

Índices	χ^2	Gl	χ^2/gl	GFI	AGFI	TLI	CFI	PGFI	RMSEA
Valores	2450,754	475	5,15	0,999	0,999	0,992	0,993	0,846	0,080

De acordo com as análises realizadas para verificação da análise confirmatória, na Tabela 8 podem ser vistos os índices alcançados para a IRTDC, que apresentou resultados adequados à validação confirmatória do instrumento, sendo eles acima de 0,90 no caso de GFI, AGFI, TLI e CFI, e igual a 0,08 no caso do RMSEA. Também foram calculados valores da confiabilidade composta (0,99) e da variância extraída (0,88), que segundo Hair (2005), precisa apresentar valores acima de 0,70 e 0,50 respectivamente.

Diante de todos os índices mensurados para averiguação da validade e fidedignidade, considera-se que o IRTDC é considerado um instrumento válido e fidedigno para uso futuro em pesquisas acerca do construto TDC.

4.3.3 Dificuldade e Discriminação dos Itens TRI

Finalmente foram analisados os parâmetros de dificuldade (*b*) e discriminação (*a*) com base na Teoria de Resposta ao Item (TRI) para o IRTDC. Os itens 5, 25 e 26 foram retirados da análise por apresentarem correlações polisseriais discrepantes para cima, enquanto que os itens

32 e 33 apresentaram as correlações discrepantes para baixo. Já o item 18 foi retirado da análise por não ter obtido adequação ao modelo.

Tabela 9: Demonstrativo dos parâmetros de dificuldade e discriminação (TRI)

Tabela 37: Estimativa dos parâmetros de precisão e discriminação (F10)													
Item	CP	P_a	EP	P_b	EP	P_b1	EP	P_b2	EP	P_b3	EP	P_b4	EP
1	0,836	1,508	0,143	0,827	0,068	0,190	0,059	0,663	0,057	1,039	0,055	1,416	0,050
2	0,853	2,241	0,192	0,55	0,062	-0,087	0,053	0,386	0,051	0,762	0,049	1,139	0,044
3	0,773	1,197	0,114	0,987	0,083	0,350	0,074	0,823	0,072	1,199	0,070	1,576	0,065
4	0,903	2,476	0,188	0,908	0,078	0,271	0,069	0,744	0,067	1,120	0,065	1,497	0,060
5	1,104	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	0,898	1,297	0,183	1,637	0,093	1,000	0,084	1,473	0,082	1,849	0,080	2,226	0,075
7	0,658	1,514	0,101	0,397	0,075	-0,240	0,066	0,233	0,064	0,609	0,062	0,986	0,057
8	0,684	1,41	0,116	1,018	0,08	0,381	0,071	0,854	0,069	1,230	0,067	1,607	0,062
9	0,894	1,855	0,183	0,972	0,063	0,335	0,054	0,808	0,052	1,184	0,050	1,561	0,045
10	0,811	1,581	0,136	0,958	0,078	0,321	0,069	0,794	0,067	1,170	0,065	1,547	0,060
11	0,664	1,265	0,115	0,682	0,081	0,045	0,072	0,518	0,070	0,894	0,068	1,271	0,063
12	0,908	1,751	0,172	0,86	0,063	0,223	0,054	0,696	0,052	1,072	0,050	1,449	0,045
13	0,913	2,047	0,143	0,423	0,085	-0,214	0,076	0,259	0,074	0,635	0,072	1,012	0,067
14	0,931	2,424	0,233	0,654	0,061	0,017	0,052	0,490	0,050	0,866	0,048	1,243	0,043
15	0,923	1,764	0,197	0,594	0,057	-0,043	0,048	0,430	0,046	0,806	0,044	1,183	0,039
16	0,925	1,829	0,146	0,681	0,07	0,044	0,061	0,517	0,059	0,893	0,057	1,270	0,052
17	0,990	2,292	0,243	0,979	0,063	0,342	0,054	0,815	0,052	1,191	0,050	1,568	0,045
18	0,676	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	0,924	2,58	0,193	0,816	0,063	0,179	0,054	0,652	0,052	1,028	0,050	1,405	0,045
20	0,900	2,355	0,196	0,452	0,052	-0,185	0,043	0,288	0,041	0,664	0,039	1,041	0,034
21	0,975	2,781	0,226	0,598	0,056	-0,039	0,047	0,434	0,045	0,810	0,043	1,187	0,038
22	0,812	1,2	0,102	0,957	0,078	0,320	0,069	0,793	0,067	1,169	0,065	1,546	0,060
23	0,957	1,357	0,179	1,327	0,089	0,690	0,080	1,163	0,078	1,539	0,076	1,916	0,071
24	0,924	1,634	0,18	1,286	0,078	0,649	0,069	1,122	0,067	1,498	0,065	1,875	0,060
25	0,988	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	1,036	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	0,972	2,178	0,22	0,949	0,065	0,312	0,056	0,785	0,054	1,161	0,052	1,538	0,047
28	0,932	1,627	0,149	0,824	0,07	0,187	0,061	0,660	0,059	1,036	0,057	1,413	0,052
29	0,945	2,094	0,197	0,782	0,058	0,145	0,049	0,618	0,047	0,994	0,045	1,371	0,040
30	0,885	1,98	0,181	0,98	0,078	0,343	0,069	0,816	0,067	1,192	0,065	1,569	0,060
31	0,786	1,724	0,129	0,751	0,072	0,114	0,063	0,587	0,061	0,963	0,059	1,340	0,054
32	0,183	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	0,002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parâmetro a													
Média (DP)	1,850 (0,452)												
Parâmetro b													
Média (DP)	0,846 (0,280)												

DP: Desvio Padrão; EP: Erro Padrão; P_a: Parâmetro a; P_b: Parâmetro b; P_b1 a P_b4: Parâmetro b para cada uma das 4 categorias; CP: Correlação Poliserial.

Como pode ser visto na Tabela 9, para o parâmetro *a*, foram encontrados valores entre 1,19 a 2,78; vale salientar que para este parâmetro são adotados os valores que vão de 0 (nada discriminativo) a 3 (discriminativo). Nesse caso, os itens do IRTDC podem ser considerados como discriminativos, pois seus valores começaram altos (acima de 1,0) e encerraram próximo do valor máximo. Já para o parâmetro *b* aceita valores entre -3,0 e +3,0, que indicam facilidade na aceitação da categoria, quando o valor é próximo do mais baixo (-3,0) e quanto maior o valor (por exemplo, +3,0), mais difícil aceitar a categoria. Assim, os valores indicados para o parâmetro *b* em geral ficaram entre 0,397 e 1,637, considerando as categorias, a primeira (*b1*) obteve valores entre -0,24 e 1,0; já a segunda categoria (*b2*) os valores foram entre 0,233 e 1,473; continuando a terceira categoria (*b3*) apresentou valores entre 0,609 e 1,849; finalmente a quarta categoria (*b4*) apresentou valores entre 0,986 e 2,226. Estes valores apresentam equilíbrio entre as categorias, salientando-se que quanto menor a categoria mais fácil escolhê-la, logo, quanto maior a categoria, mais difícil endossá-la.

4.3.4 Validade de Critério

Para o estudo de obtenção de evidências de Validade Critério do IRTDC contou-se com uma amostra clínica, composta por 37 sujeitos, cujo diagnóstico foi auto relatado como sendo Anorexia (8,1%), Ansiedade (37,8%), Compulsão Alimentar (21,6%), Bulimia (8,1%), Transtorno Dismórfico Corporal (10,8%) e outros (13,5%). Os escores no IRTDC da amostra de sujeitos estudantes universitários e do Ensino Médio foram comparados com os escores da amostra clínica a partir de uma ANOVA. A Tabela 10 apresenta os dados descritivos para os grupos amostrais estudados.

Tabela 10. Dados descritivos dos grupos amostrais.

Grupos	N	Média	DP	IC 95%		Mín.	Máx.
				LI	LS		
Universitários	461	56,95	22,953	54,85	59,05	32,00	149,00
Secundaristas	61	73,09	32,861	64,68	81,51	32,00	149,00
Clínico	37	87,054	36,628	74,84	99,26	33,00	157,00

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95% para média; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior; Mín.: Mínimo; Máx.: Máximo.

Como pode ser visto na Tabela 10, os sujeitos da amostra clínica apresentaram maior pontuação mínima e máxima, além de maior média do que os estudantes do Ensino Médio e universitários. Além disso, os estudantes do Ensino Médio apresentaram média maior do que os estudantes universitários.

O teste estatístico de ANOVA unifatorial foi considerado significativo [$F(2) = 32,490$; $p < 0,001$], logo a hipótese nula de igualdade entre os grupos foi descartada, assim, prosseguiu-se a análise com o teste *post-hoc* de Tukey. Os resultados são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11. Post-hoc de Tukey para comparação de grupos

(I) GRUPO	(J) GRUPO	DM (I-J)	DP	p	IC 95%	
					LI	LS
Universitários	Secundaristas	-16,143*	3,444	0,000	-24,23	-8,04
	Clínico	-30,099*	4,320	0,000	-40,25	-19,94
Secundaristas	Universitários	16,143*	3,444	0,000	8,04	24,23
	Clínico	-13,955*	5,268	0,023	-26,33	-1,57
Clínico	Universitários	30,099*	4,320	0,000	19,94	40,25
	Secundaristas	13,955*	5,268	0,023	1,57	26,33

* significativo ao nível $p < 0,05$; DM: Diferença média; DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior.

Como pode ser visto na Tabela 11, todos os grupos diferem entre si, de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$), entretanto o grupo clínico obteve maior média (87,05), o que evidencia a validade de critério do referido instrumento, alcançado um dos objetivos deste estudo. Salienta-se também que foi observada alta pontuação para os estudantes do Ensino Médio, podendo ser esse fato devido à adolescência que vem acompanhada de inseguranças e necessidades de autoafirmação e pertença a grupos. Lembra-se ainda, como foi visto no tópico dos aspectos psicológicos, indivíduos que sofrem com o TDC podem se encontrar presos na dimensão biológica, comprometendo as outras duas dimensões (psíquica e noológica).

Nesses casos pode haver uma hiper-reflexão sobre questões relacionadas ao corpo, à aparência corporal. Com isso ocorre a insatisfação e eleição de defeitos corporais. Fica notória, também, que os sujeitos com TDC se encontram tão voltados a si mesmos que não conseguem vivenciar a autotranscendência, ou seja, não conseguem vislumbrar algo para além deles mesmos; esse algo pode ser uma missão de vida, ou mesmo um cuidado/atenção as necessidades de outras pessoas. Uma das possibilidades de tratamento é por meio da Logoterapia e Análise existencial no fortalecimento da capacidade humana de autodistanciamento.

4.3.4 Análise de Regressão

Foi realizado teste *t* para amostras independentes, buscando verificar diferenças entre as médias das pontuações dos sujeitos quanto ao sexo da amostra total e da amostra clínica em particular. Para a amostra total, a média feminina (Média = 64,17; DP = 25,97) foi superior à média masculina (Média = 57,28; DP = 27,02), cuja diferença foi confirmada estatisticamente, através do teste *t* que foi significativo ($t = -3,066$; $p < 0,005$). Quando selecionada a amostra

clínica, a diferença foi em outra direção, ficando o sexo feminino (Média = 62,85; DP = 24,42) com média inferior ao sexo masculino (Média = 92,70; DP = 36,98), sendo esta diferença, também confirmada estatisticamente ($t = 2,023$; $p \leq 0,05$). Apesar de ter sido discutido que a diferença entre sexo é pequena, o que foi encontrado na literatura é que o TDC tem maior ocorrência (apesar da proximidade de resultados encontrados) nas mulheres. Nesta pesquisa houve similaridade com relação a essa aproximação de resultados, no entanto, na amostra clínica ocorreu maior incidência no sexo masculino.

Também foi realizada uma análise de correlação r de Pearson para as amostras em geral e separadamente, considerando o escore total no IRTDC e as variáveis idade e escolaridade. Os resultados são apresentados na Tabela 12. Ressalta-se, no entanto, que as análises considerando apenas a amostra de estudantes do Ensino Médio não apresentaram resultados significativos.

Tabela 12. Correlações r de Pearson entre variáveis sociodemográficas

Amostra	Variável	IRTDC
Geral	Idade	-0,098*
	Escolaridade	-0,182**
Clínica	Idade	-0,462**
	Escolaridade	-0,435**
Universitários	Idade	-0,117*

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades); **. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Observa-se na Tabela 12 que na amostra geral, houve correlações negativas e muito baixas, porém significativas, entre a variável idade e o IRTDC, além disso, também correlacionou a variável escolaridade, que apesar da correlação baixa, também foi significativa. Com relação à amostra clínica, foram apresentadas relações mais fortes e negativas ($r = -0,462$ e $r = -0,435$) para a idade e a escolaridade respectivamente, ou seja, essas variáveis caminham em direções opostas. Já com relação à amostra de universitários isoladamente, mais uma vez a correlação foi fraca, porém significativa, sendo ela negativa entre idade e TDC. Assim, considerando-se os dados apresentados na correlação, prosseguiu-se com a realização de uma análise de regressão linear múltipla – *Stepwise* – cujo resultado pode ser visto na Tabela 13. Esta análise buscou verificar se havia relação de predição da variável Idade em relação ao somatório total do IRTDC. Em outras palavras, a variável Idade foi considerada como preditora e o somatório total do IRTDC como variável predita.

Tabela 13: Regressão entre idade e IRTDC.

R	R ²	B	DP	β	t	p
0,462	0,214	-1,166	0,378	-0,462	-3,084	0,004

Os resultados para a regressão foram significativos [$F(1) = 9,511$; $p < 0,005$]. Além disso encontrou-se a confirmação de que há uma relação de predição de 21,4% entre a idade e o IRTDC, sendo assim seu poder de explicação negativo de -0,462, ou seja, quando a idade diminui a pontuação no IRTDC aumenta.

Os índices encontrados, vindos da predição relacional da amostra geral não clínica coincidiu, na relação da idade com o IRTDC, corroborando com a teoria levantada na fundamentação teórica. Esta reitera o início dos sintomas do TDC na adolescência, ou seja, entre os 13 e 16 anos.

Enfim, os resultados encontrados em relação aos dados sociodemográficos coincidem com o arcabouço teórico que fundamentou esta pesquisa, evidenciando a utilidade do IRTDC em pesquisas futuras.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo geral do estudo, a saber, desenvolver e obter evidências de validade e fidedignidade de um instrumento que possibilitasse a avaliação do TDC, entende-se que o instrumento proposto nesta pesquisa pode ser considerado válido e preciso diante do contexto nordestino. Diante das análises realizadas ficou evidente que o mesmo se apresenta como mais um meio para o rastreio do TDC.

Na revisão bibliográfica acerca do TDC verificou-se que parte dos instrumentos usados na verificação do mesmo foram inicialmente elaborados para outras averiguações e posteriormente adequados para mensurar o TDC, o que pode ser um viés para a avaliação do objeto de estudo. Nesse processo de adequação cada instrumento modificado contemplou apenas algumas das características do TDC e não sua totalidade, sendo este um outro viés, que poderia inviabilizar a avaliação do transtorno como um todo. Durante esta revisão de literatura, foi encontrado o instrumento de Ramos (2004; 2009), intitulado de Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal – EA-TDC. Salienta-se, todavia, que o mesmo partiu de uma construção inicial que considerou apenas 30 sujeitos e utilizou-se de AFE para validá-lo, com 35 itens. O quantitativo de sujeitos pode ser considerado insuficiente para obtenção de evidências de validade de construto (Pasquali, 2013). Já a adaptação da segunda versão do EA-TDC da mesma autora, acrescentou-se 5 itens à escala, formando uma estrutura inicial de 40 itens para um fator, o cálculo da amostra não-clínica foi pelo método item/sujeito (Pasquali, 2001) e chegou a um resultado de 28 itens para um fator. Destaca-se que nenhum dos estudos fez análise semântica antes da aplicação, ou mesmo utilizou-se de análises robustas dos itens como a Teoria de Resposta ao Item, no entanto, não realizou a confirmatória. Outros instrumentos também foram analisados (Brito et al., 2015; Ramos, 2004) e se observou que os mesmos obtiveram validade aparente, ou seja, especialistas disseram que os mesmos poderiam avaliar o TDC, mas não houve análise semântica e alguns não passaram por análises estatísticas (BDD-DM; OIS), outros não abrangiam a complexidade dos critérios diagnósticos para o TDC por terem sido elaborados para outros transtornos (BSQ; MBSQR; BDC).

Dessa forma, enfatiza-se a qualidade do estudo presente, no tocante ao cuidado do desenvolvimento e validação do IRTDC, pois o mesmo passou pela validade semântica, junto a um grupo pertencente ao estrato educacional mais baixo da população alvo; validade teórica (análise de juízes), junto a especialistas que atestaram que o instrumento media o que se pretendia medir; transcorreu com um estudo piloto e um estudo final, cuja amostragem contou com 3 grupos amostrais; foi respeitada a necessidade de análises estatísticas robustas que

possam certificar a qualidade psicométrica do instrumento, realizando-se assim análises fatoriais exploratórias, confirmatória e análise dos itens a partir da TRI. Finalmente, ressalta-se que o instrumento obteve também evidências de validade de critério, comparando-se os grupos amostrais e cujo resultado permitiu considerar que o instrumento consegue diferenciar sujeitos com mais ou menos crenças delirantes quanto ao TDC.

Destarte foram realizadas outras análises referentes ao objetivo específico que buscava a relação entre as variáveis sociodemográficas e o TDC. Foram encontradas relações entre a idade e a escolaridade com o IRTDC, demonstrando que as variáveis estavam negativamente relacionadas. Em seguida prosseguiu-se com uma análise de regressão que demonstrou que a idade prediz o TDC, em termos de quanto menor a idade, maior a possibilidade de apresentar o transtorno. Além disso, foram analisadas diferenças de sexo que mostraram, na amostra geral, que as mulheres pontuam mais do que os homens. Já na amostra clínica o resultado foi inverso e os homens pontuaram mais do que as mulheres.

Embora o estudo apresentado nesta dissertação tenha alcançado bons resultados, destaca-se que o mesmo encontrou limitações. Uma delas relacionou-se com o fato dos profissionais contatados para o levantamento da amostra clínica terem se mostrados pouco aderentes ao propósito do estudo. Dessa forma, outra limitação dependeu exatamente desta adesão, ou seja, tornou-se necessário contar com uma amostra de conveniência e que não apresentava o diagnóstico do TDC como principal. Sugerem-se novos estudos que tenham amostras clínicas cujo diagnóstico principal seja o TDC, por ter-se visto as variedades de comorbidades com outros transtornos mentais como, a fobia social e a anorexia nervosa. Sabe-se, no entanto, que o diagnóstico de TDC não é simples.

Torna-se necessário pesquisas epidemiológicas no Brasil, já que esses dados são mais estudados em contextos clínicos de dermatologia e cirurgia plástica, deixando em aberto espaços não clínicos. Faz-se necessário ressaltar a mensuração do TDC com relação a dados durante a fase da velhice, ou seja, na terceira idade. Essa necessidade se dá por haver a possibilidade de existência do transtorno nessa faixa de idade e por não existir pesquisas relacionadas a este tipo de amostra como enfatiza o DSM-5 (APA, 2014). Assim, sugere-se que o IRTDC seja utilizado em outros estudos buscando encontrar evidências que permitam a sua validação em outros contextos culturais e para outras faixas etárias, além da sua normatização futuramente.

Por fim, esta dissertação será base para dois artigos cujos títulos são: Desenvolvimento e validação do instrumento de rastreio do TDC, e, A explicação do Transtorno Dismórfico Corporal na perspectiva da Logoterapia, este aparece nos apêndices deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- Abdi, H. (2003) Factor rotations in factor analyses. In: Lewis-Beck, M. Bryman, A. Futing, T. (Orgs.). *Encyclopedia of social sciences research methods*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Amâncio, E. J., Magalhães, C. C. P., Santos, A. C. G., Peluso, C. M., Pires, M. F. C., & Peña-Dias, A. P. (2002). Tratamento do transtorno dismórfico corporal com venlafaxina: relato de caso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3),141-3. doi: 10.1590/S1516-44462002000300008
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Association Washington, D.C., American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Revised, Association Washington, D.C., American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Association Washington, D.C., American Psychiatric Publishing.
- Aquino, T. A. A. (2011). *Logoterapia e Análise Existencial uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB.
- Assunção, M. C. (2009). Body dysmorphic and/or obsessive-compulsive disorder: where do the diagnostic boundaries lie? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(3):281-92.
- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2010). *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Blalock, H. M. (1974). *Measurement in the social sciences: Theories and strategies*. Chicago, Illinois: Aldine Publishing Company.
- Brito, M. J. A., Nahas, F. X., Cordas, T. A., Felix, G. A. A., Sabino, M. N., & Ferreira, L. M. (2014). Compreendendo a psicopatologia do transtorno dismórfico corporal. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 29(4) 599-608. doi: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0106
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144. doi: 10.1080/00223891.1990.9674053
- Browne, M. W. (1984). Asymptotically distribution-free methods for the analysis of covariance structures. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*. 37(1), p. 62-83. doi: 10.1111/j.2044-8317.1984.tb00789.x
- Caixeta, M., Costa, F. C. O., Caixeta, L., Nóbrega, M., & Hanna, M. (2007). *Neuropsicologia dos transtornos mentais*. São Paulo: Artes Médicas.

- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(1), 245-276. doi: 10.1207/s15327906mbr0102_10
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and psychological measurement*, 20(1), 37-46.
- Conrado, L. A. (2009). Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 84(6), 569-81. doi: 10.1590/S0365-05962009000600002.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494. doi: 10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O
- Costello, A. B.; & Osbourne, J. W. (2005). Exploratory Factor Analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 10(7), 1-9. doi: 10.1.1.110.9154
- Crawford, A. V., Green, S. B., Levy, R., Wen-juo, L., & Scott, L. (2010). Evaluation of parallel analysis methods for determining the number of factors. *Educational and Psychological Measurement*, 70(6), 885-901. doi: 10.1177/0013164410379332
- Cochran, William (1977). Sampling Techniques, 3rd Edition. Wiley Series.
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2º edição. São Paulo: Artmed.
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(20), 213-228.
- D'Assumpção, E. A. (2007). Dismorfofobia ou Complexo de Quasímodo. *Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 22(3):183-187.
- 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. doi: 10.1046/j.1524-4725.2001.00190.x
- Embretson, S. E.; & Reise, S. P. (2000). *Item response theory for psychologists*. Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fabrigar, L. R.; MacCallum, R. C.; Wegener, D. T.; & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3) 272- 299. doi: 1082-989X/99/S3.00
- Feusner, J. D.; Moody, T.; Hembacher, E.; Townsend, J.; McKinley, M.; Moller, H.; & Bookheimer, S. (2010). Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder, *Archives General Psychiatry*, 67(2), 197-205. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.190

- Figueiredo Filho, D. B.; & Silva Júnior, J. A. (2010). Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, 16(1), 160-185. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762010000100007>
- Fizzotti, E. (1996). *Conquista da liberdade: proposta da logoterapia de Viktor Frankl*. São Paulo: Paulinas
- Floyd, F. J.; & Widman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 286-299. doi: 10.1037/1040-3590.7.3.286
- Frankl, V. E. (1991). *A psicoterapia na prática*. Campinas (SP): Papirus. Frankl, V. E. (1991). *Em busca de sentido*. 2 ed. Petropolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (2010). *O que não está escrito nos meus livros memórias*. São Paulo: Realize Editora.
- Frankl, V. E. (2011). *A vontade de sentido*. São Paulo: Paulus.
- Frankl, V. E. (2016). *Teoria e terapia das neuroses: introdução à logoterapia e à análise existencial*. São Paulo: É Realizações
- Freud, S. (2010). *História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos")*, além do princípio do prazer e outros textos. (1917 – 1920). *Obras completas volume 14*. Companhia das letras.
- Gardner, R. M. (1991). Body Dissatisfaction Scale. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 603- 618
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., & Mangun, G. R. (2006). *Neurociência Cognitiva: a biologia da mente*. 2^a. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Glorfeld, L. W. (1995). Na improvement on Horn's parallel analysis methodology for selecting the correct number of factors to retain, *Educational and Psychological Measurement*, 55(1), 377-393. doi: 10.1177/0013164495055003002
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011
- Hair J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, E. R., & Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de dados*. 6. ed. Porto Alegre: Bookman.
- Horn, J. L. (1965). A rationale and technique for estimating the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(1), 179-185.
- Kandell, E. R., Schwartz, J. H., Jessell, T. M., Siegelbaum, S. A., & Hudspeth, A. J. (2014). *Princípios de Neurociências*. 5^a. ed. Porto Alegre: Artmed.

- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *biometrics*, 159-174.
- Lent, R. (2010). *Cem bilhões de Neurônios? Conceitos fundamentais de Neurociência*. 2. ed. São Paulo: Atheneu.
- Li, W., Lai, T. M., Loo, S. K., Strober, M., Mohammad-Rezazadeh, I., Khalsa, S., & Feusner, J. (2015). Aberrant early visual neural activity and brain-behavior relationships in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Frontiers Human Neuroscience*, 9 (301), 1-13. doi: 10.3389/fnhum.2015.00301
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E., & Kiers, H. A. L. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46(2), 340-364. doi: 10.1080/00273171.2011.564527.
- Menezes, J. A., Santos, A. C., Pimenta, P. S., Favaretto, C. M., & Ruback, M. C. (2014). Dismorfofobia: o olhar do outro. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 29(3), 468-473. doi: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0083
- Moriyama, J. S., & Amaral, V. L. A. R. (2007). Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 11-25.
- Morselli, E. (1886). Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Bolletino dela Accademia de Genova*, 6(1), 110-119.
- Nascimento, A. L. Moreira, M. M., Luna, J. V., & Fontenelle, L. F. (2010). Comorbidade entre transtorno dismórfico corporal e bulimia nervosa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 65-69. doi: 10.1590/S0101-60832012000100008
- 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. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80215-1
- Pacico, J. C. (2015). Como é feito um teste? Produção de itens. In Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (org.). *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed
- Pasquali, L. (2007). *Teoria de Resposta ao Item Teoria, procedimentos e aplicações*. Brasília, DF: LabPAM/UnB, 236.
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação Psicológica fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed, 568 p.
- Pasquali, L. (2012). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília, DF: LabPAM/UnB.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150(2), 302-308. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.150.2.302>

- Phillips, K. A. (2005). Placebo-Controlled Study of Pimozide Augmentation of Fluoxetine in Body Dysmorphic Disorder. *Am Journal Psychiatry*, 162(2), 377–379. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.377
- Phillips, K. A., & Kelly, M. M. (2009). Suicidality in a Placebo-Controlled Fluoxetine Study of Body Dysmorphic Disorder. *International Clinic Psychopharmacology*, 24(1), 26–28. doi:10.1097/YIC.0b013e32831db2e9
- Queiroz, E. F. (2009). A compulsão por modelar o corpo. In: Barros, N.; Caminha, I. O.; Almeida, R. M. (Orgs.) *Narrativas do corpo: textos de psicopatologia fundamental*. João Pessoa: Editora Universitária, 99-109.
- Ramos, K. P. (2004). Transtorno Dismórfico Corporal: escala para profissionais da área de saúde (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas.
- Ramos, K. P. (2009). Escala do transtorno dismórfico corporal: propriedades psicométricas (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas.
- Rosen, J. C., & Reiter, J. (1996). Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behavioral Research Therapy*, 34(9), 755-766. doi: 10.1016/0005-7967(96)00024-1
- Rossell, S. L.; Harrison, B. J.; & Castle, D. (2015). Can understanding the neurobiology of body dysmorphic disorder (BDD) inform treatment? *Australasian Psychiatry*, 23(4), 361-364. doi: 10.1177/1039856215591327
- Salina-Brandão, A.; Cassetari, B. M.; Daroz, R.; Fernandes, V.; & Bolsoni-Silva, A. T. (2011). Transtorno dismórfico corporal: uma revisão da literature, *Temas em Psicologia*, 19(2), 525-540. <http://hdl.handle.net/11449/134798>
- Santos, V. S. (2017, fevereiro 12). Neurônios. *Brasil Escola*. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/biologia/neuronios.htm>>.
- Sass, D. A., & Schmitt, T. A. (2010). A comparative investigation of rotation criteria within exploratory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 45(1), 73-103. doi: 10.1080/00273170903504810
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate analysis*. Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos de Testagem Psicológica*. Porto Alegre, Artmed.
- Valliant, R.; Dever, J. A.; & Kreuter, F. (2013). Practical Tools for Designing and Weighting Survey Samples. 1st Edition, Statistical for Social and Behavioral Sciences. Springer.
- Veale, D.; Ellison, N.; Werner, T.; Dodhia, R.; Serfaty, M.; & Clarke, A. (2012) Development of a cosmetic procedure screening questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 65 (4), 530-532. Doi:

- Veale, D., & Matsunaga, H. (2014). Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: proposals for ICD-11. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 36(1), 14-20. doi: 10.1590/1516-4446-2013-1238
- Velicer, W. F.; Eaton, C. A.; & Fava, J. L. (2000). Construct explication through factor or component analysis: a review and evaluation of alternative procedures for determining the number of factors or components. In: Goffin, R. D.; Helmes, E. (Orgs.) *Problems and solutions in human assessment: honoring Douglas N. Jackson At Seventy*, Boston: Kluwer, 41-71.
- Yoshida, E. M. P., & Ramos, K. P. (2012). Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal (EA-TDC): Propriedades Psicométricas, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 1- 10. doi: 10.1590/S0102-79722012000100002
- Xausa, I. A. M. (1988). *A Psicologia do Sentido Da Vida*. Petrópolis: Vozes

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa é sobre “**A EXPLICAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES A PARTIR DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL**” e está sendo desenvolvida pelo(s) pesquisador(es) **KALINE DA SILVA LIMA, JULIANA MARIA VIEIRA TENÓRIO e ALCIRA DE LOURDES TEOTONIO CAVALCANTI** aluno(s) dos Cursos de **PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE e NEUROCIÊNCIA COGNITIVA E COMPORTAMENTO** da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação dos Professores **JOSEMBERG MOURA DE ANDRADE e HEMÍLIO FERNANDES CAMPOS COELHO**.

Os objetivos do estudo são verificar em que medida o transtorno dismórfico corporal explica os transtornos alimentares.

A finalidade deste trabalho é contribuir para apresentar a influência do TDC como uma comorbidade que pode potencializar ou influenciar os sintomas do TA. E a partir disso, planejar intervenções necessárias.

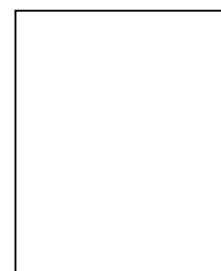
Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal



Espaço
para
impressão
dactiloscó
pica

Assinatura da Testemunha

Contato do Pesquisador (a) Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Kaline Da Silva Lima, Juliana Maria Vieira Tenório e Alcira de Lourdes Teotonio Cavalcanti

Endereço (Setor de Trabalho): Departamento de Psicologia, CCHLA/UFPB- Ambiente 12a julianatenorioo@hotmail.com; kaline.s.lima@hotmail.com; algteotonio@yahoo.com.br

Telefone: (83) 3216 7399

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB
(83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE 2

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**A EXPLICAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES A PARTIR DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL**”. Nesta pesquisa pretendemos verificar em que medida o transtorno dismórfico corporal explica os transtornos alimentares

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é para observar a influência do TDC como uma comorbidade que pode potencializar ou influenciar os sintomas do TA, e com isso planejar intervenções necessárias. Para esta pesquisa adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): A aplicação dos questionários de pesquisa ocorrerá de forma coletiva, porém assegurando a individualidade das respostas.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Esta pesquisa não apresenta nenhum risco para a saúde física e emocional, bem como não receberá nenhum tipo de incentivo econômico para sua realização. Além disso, a participação na pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias: uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas *dúvidas*.

João Pessoa, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do (a) menor

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Pesquisador Responsável:

Endereço: Departamento de Psicologia, CCHLA/UFPB-

Ambiente 12 CEP: 58051-900

Fone: (83) 3216 7399

E-mail: julianatenorioo@hotmail.com;
kaline.s.lima@hotmail.com;
algteotonio@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 –
João Pessoa/PB
(83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

APÊNDICE 3

INSTRUMENTO PARA RASTREIO DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

(ANÁLISE DE JUÍZES)

1. Avaliação da instrução:

INSTRUÇÃO: Geralmente olhamos em nós uma parte corporal que não gostamos. Dessa forma, pense na(s) parte(s) do seu corpo que você **NÃO** gosta e circule o número que representa como você se sente com relação a ela(s). Ressalta-se que não há respostas certas ou erradas, mas sim respostas que indicam o seu olhar, e o seu agir, sobre o que desagrada fisicamente em si mesma(o). Escolha entre as opções de acordo com a escala de resposta abaixo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Não é Verdade		Pode não ser verdade			Provavelmente é verdade			Verdade absoluta	

Escrita clara: () Sim () Não

Escrita simples: () Sim () Não

Escrita objetiva: () Sim () Não

Fácil compreensão de como deve ser respondida as questões: () Sim () Não

Ao marcar NÃO em qualquer das questões, favor sugerir melhorias abaixo.

2. Avaliação dos itens:

Levando em consideração os critérios diagnósticos, solicitamos que o(a) juiz(a), ao ler cada item, marque um xis (X) no critério que, de acordo com seu entendimento, corresponde o referido item. Circule a numeração conforme o critério que o(a) senhor(a) considera que o item pertença (1, 2, 3 ou 4). Em caso de incompreensão do item com sugestão de melhora, circule a letra I e faça uma sugestão de mudança, caso queira. Se o(a) senhor(a) considerar que o item não pertence a nenhum critério, por favor circule N.

Critérios Diagnósticos do TDC segundo o DSM-V (APA, 2014):

Critério 1: Se preocupar com um ou mais defeitos na parência;

Critério 2: Executar comportamentos e pensamentos repetitivos;

Critério 3: Sofrer significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida no indivíduo;

Critério 4: Se preocupar com a aparência não é mais bem explicada por preocupações com a gordura ou o peso corporal.

ITENS

Itens	Resposta						Sugestões
1. Para sair de casa mudo várias vezes de roupa buscando esconder a parte do corpo que não gosto.	1	2	3	4	N	I	
2. Tento esconder das outras pessoas a parte do corpo que eu não gosto.	1	2	3	4	N	I	
3. O meu corpo tem mais defeitos do que o corpo de qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	N	I	
4. A opinião que as pessoas têm sobre meu corpo é importante para mim.	1	2	3	4	N	I	
5. Evito me olhar no espelho para não me sentir triste ao ver a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	N	I	
6. Uso bonés/chapéus para esconder a(s) parte(s) defeituosa do meu corpo.	1	2	3	4	N	I	
7. O defeito no meu corpo é causado pelo cheiro que sai de mim.	1	2	3	4	N	I	
8. Uso perucas/lenços para esconder meu cabelo.	1	2	3	4	N	I	
9. Todos os tratamentos que fiz para diminuir o(s) meu(s) defeito(s) não ajudaram em nada.	1	2	3	4	N	I	
10. Quando olho no espelho vejo deformação em uma(ou mais) parte(s) do meu corpo.	1	2	3	4	N	I	
11. Tomo laxantes para ajudar a diminuir o(s) meu(s) defeito(s) corporal(is).	1	2	3	4	N	I	
12. Ao andar pela rua, penso que as outras pessoas olham diretamente para a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	N	I	
13. Faço qualquer tipo de dieta/regime para melhorar o(s) defeito(s) no meu corpo.	1	2	3	4	N	I	
14. Quando as pessoas pensam em mim é por causa da(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	N	I	
15. Saio de casa despreocupado(a) em esconder meu(s) defeito(s) com a roupa que visto.	1	2	3	4	N	I	
16. Passo dias sem comer por causa do(s) meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
17. Ao tirar fotos, escondo-me atrás de outras pessoas para esconder meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	N	I	

18. Considero a musculatura do meu corpo sem defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
19. Mesmo com a minha aparência imperfeita me sinto fisicamente aceito(a) pelas outras pessoas.	1	2	3	4	N	I	
20. Passo o tempo trancado(a) no quarto para meus familiares não verem o(s) meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
21. Passo dias sem comer para melhorar a imperfeição do meu corpo.	1	2	3	4	N	I	
22. Por causa da(s) parte(s) do meu corpo que não gosto, penso em morrer.	1	2	3	4	N	I	
23. Não consigo sair de casa porque as pessoas irão notar o(s) meu(s) defeito(s) no corpo (algo imperfeito em minha aparência).	1	2	3	4	N	I	
24. As pessoas dizem que a aparência do meu corpo é normal, mas eu discordo delas.	1	2	3	4	N	I	
25. Sinto-me bem quando olho minha(s) imperfeição(ões) no espelho.	1	2	3	4	N	I	
26. As pessoas zombam/riem de mim por causa do(s) meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
27. Esta(s) parte(s) específica(s) torna(m) minha aparência horrível.	1	2	3	4	N	I	
28. Quando olho para outras pessoas sempre procuro encontrar defeito(s)/deformidade(s) no corpo delas.	1	2	3	4	N	I	
29. Perdi o sentido de viver por causa da(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	N	I	
30. Passo horas fazendo musculação, mas não vejo melhora no(s) defeito(s) do meu corpo.	1	2	3	4	N	I	
31. As pessoas sempre falam sobre a(s) parte(s) do meu corpo que é defeituosa.	1	2	3	4	N	I	
32. O(s) defeito(s) da minha aparência me impede(m) de ficar com roupa de banho (biquíni/ sunga) na frente de pessoas estranhas.	1	2	3	4	N	I	
33. Penso a toda hora na(s) parte(s) do corpo que eu não gosto.	1	2	3	4	N	I	
34. Sinto-me ansioso(a) quando preciso trocar minhas roupas na frente de outras pessoas porque vão ver meu(s) defeito(s) corporal(ais).	1	2	3	4	N	I	
35. Ao me olhar no espelho, só consigo ver a(s) parte(s) com defeito(s), não o corpo como um todo.	1	2	3	4	N	I	
36. Considero normais todas as partes do meu corpo.	1	2	3	4	N	I	
37. As pessoas me evitam por causa do(s) defeito(s) na minha aparência.	1	2	3	4	N	I	
38. Sinto que a(s) parte(s) do corpo que não gosto foi(ram) colocada(s) em mim por outra pessoa.	1	2	3	4	N	I	
39. Tendo condição financeira, eu farei quantas plásticas forem necessárias até alcançar a perfeição da(s) parte(s) que não gosto no corpo.	1	2	3	4	N	I	
40. Não consigo trabalhar porque não paro de pensar na(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	N	I	
41. O pensamento sobre a(s) parte(s) do corpo que não gosto surge sempre na minha mente.	1	2	3	4	N	I	

42. Sinto medo das pessoas verem a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	N	I	
43. Só saio de casa vestindo(a) uma roupa que esconda/disfarce o(s) defeito(s) no meu corpo.	1	2	3	4	N	I	
44. As pessoas sempre olham para mim por conta de um (ou mais) defeito(s) na minha aparência.	1	2	3	4	N	I	
45. Outras pessoas dizem que estou magro(a) mas eu só me vejo gordo(a).	1	2	3	4	N	I	
46. Se eu passar mal na rua, outras pessoas me ajudarão apesar do(s) meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
47. Tendo condição financeira eu farei uma plástica para mudar a(s) imperfeição(ões) do meu corpo.	1	2	3	4	N	I	
48. Minha aparência física perfeita é o meu sentido de vida.	1	2	3	4	N	I	
49. Fico angustiado(a) quando alguma pessoa olha para mim porque ela verá meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
50. Me sinto triste quando olho no espelho e vejo meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
51. Andando pela rua sinto que vou passar mal e ninguém vai me ajudar por causa do(s) meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
52. Arrumo objetos em casa para diminuir a angústia que minha(s) imperfeição(s) me causa(m).	1	2	3	4	N	I	
53. Deixo que as pessoas vejam a(s) parte(s) do corpo que eu não gosto.	1	2	3	4	N	I	
54. Tomo laxantes mas não por causa do(s) meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
55. Tenho certeza que as outras pessoas me acham feio(a) por causa do(s) meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
56. Quero fazer uma plástica para mudar totalmente a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	N	I	
57. Faço exercícios físicos repetitivos para diminuir meu(s) defeito(s), mas não tem resultado.	1	2	3	4	N	I	
58. Apesar do(s) defeito(s) consigo olhar no espelho e me ver como um todo, não apenas em partes.	1	2	3	4	N	I	
59. Se eu precisar de socorro na rua as pessoas não me ajudarão por causa do(s) meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
60. Não gosto da(s) parte(s) do corpo que é(são) defeituosa(s), mas ela(s) faz(em) parte de mim.	1	2	3	4	N	I	
61. Acabei relacionamentos por causa da(s) minha(s) imperfeição(ões).	1	2	3	4	N	I	
62. Ver que tem alguém olhando para o(s) meu(s) defeito(s) não me incomoda.	1	2	3	4	N	I	
63. Deixei de sair de casa para as pessoas não verem o(s) defeito(s) na minha aparência.	1	2	3	4	N	I	
64. Uso cremes (faciais, capilares ou corporais) para diminuir a(s) imperfeição(ões) do corpo.	1	2	3	4	N	I	

65. Por causa do(s) meu(s) defeito(s) arrumo objetos/coisas em todo lugar que eu vá.	1	2	3	4	N	I	
66. Tenho sonhos/pesadelos com a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	N	I	
67. O(s) defeito(s) no corpo não me impede(m) de estar junto de outras pessoas.	1	2	3	4	N	I	
68. Evito me olhar no espelho para não ver minha(s) imperfeição(ões).	1	2	3	4	N	I	
69. Não me olho em nenhuma superfície que reflita minha imagem por causa do(s) defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
70. Evito encontrar com outras pessoas para que não vejam a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	N	I	
71. Me sinto bem por meu corpo ter defeito(s) como o corpo de qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	N	I	
72. Quando olho no espelho, só consigo olhar para a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	N	I	
73. Acredito que as pessoas falam sobre o(s) meu(s) defeitos quando não estou por perto.	1	2	3	4	N	I	
74. Meu(s) defeito(s) torna(m) o meu corpo mais feio que o corpo de todas as outras pessoas.	1	2	3	4	N	I	
75. Não consigo parar de me olhar no espelho para checar meu(s) defeito(s) na aparência.	1	2	3	4	N	I	
76. Fico ansioso(a) para saber a opinião que as pessoas têm sobre a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	N	I	
77. Me sinto satisfeito(a) com meu corpo, mesmo tendo defeito(s).	1	2	3	4	N	I	
78. A(s) deformação(ões) do meu corpo aumenta(m) porque estou gordo(a).	1	2	3	4	N	I	
79. Já pensei em me suicidar por causa do(s) meu(s) defeito(s) no corpo.	1	2	3	4	N	I	
80. Induzir vômito ajuda a diminuir meu(s) defeito(s) no corpo.	1	2	3	4	N	I	

APÊNDICE 4**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

INSTRUÇÕES: Digite um código com as iniciais do seu nome e data de nascimento. Em seguida responda as perguntas deste folheto da forma mais precisa possível.

Código _____ (Exemplo: José Ricardo Alves – Código: JRA0808)

Data _____/_____/_____ **Idade** _____

Cidade/Estado _____

Ocupação _____

Estado Civil:

- () Solteiro(a) () Casado(a)
() Divorciado(a) () Separado(a)
() Viúvo(a) () Mora com companheiro(a) () Outro: _____

Escolaridade:

- () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino
Médio Incompleto () Ensino Médio Completo
() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-
graduação incompleta () Pós-graduação Completa

Curso de formação superior (se houver): _____

Religião:

- () Católico(a) () Ateísta () Evangélico(a)/Protestante () Budista
() Espírita () Adventista
() Religião afrodescendente () Ecumênico(a)
() Não tenho religião () Outra: _____

Indique a renda familiar:

- () Até um salário mínimo (Até R\$937,00)
() Entre 1 e 3 salários mínimos (Entre R\$937,01 e R\$2.811,00)
() Entre 3 e 5 salários mínimos (Entre R\$2.811,01 e R\$4.685,00)
() Entre 5 e 10 salários mínimos (Entre R\$4.685,01 e R\$9.370,00)
() Entre 10 e 20 salários mínimos (Entre R\$9.370,01 e R\$18.740,00)
() Mais de 20 salários mínimos (Mais de R\$18.740,01).

APÊNDICE 5

INSTRUMENTO INICIAL PARA RASTREIO DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

INSTRUÇÃO: O corpo, como um todo integralizado, é o instrumento físico pelo qual as pessoas aparecem e são no mundo. No entanto, geralmente olhamos em nós uma parte corporal que não gostamos. Dessa forma, pense na(s) parte(s) do seu corpo que você não gosta e circule o número que representa como você se sente em relação a ela. Lembre-se, não há respostas certas ou erradas o que ocorre são respostas que indicam o seu olhar, e o seu agir, sobre o que desagrada fisicamente em si mesma(o).

Siga a instrução de resposta como segue o exemplo abaixo:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Não é			Pode não			Provavelmente			Verdade
Verdade			ser verdade			é verdade			absoluta

Itens	Resposta									
1. As pessoas sempre olham para mim por conta de um (ou mais) defeito(s) na minha aparência.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Esta parte específica torna minha aparência horrível.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Ao andar pela rua, penso que as outras pessoas olham diretamente para a parte do meu corpo que não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Considero a musculatura do meu corpo proporcional.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. As pessoas sempre falam sobre a parte do meu corpo que é defeituosa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Considero todas as partes do meu corpo normais.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Ao me olhar no espelho só consigo me ver em partes, não como um todo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Todos os tratamentos que fiz para diminuir o meu defeito corporal não ajudaram em nada.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. As pessoas zombam/riem de mim por causa do meu defeito na aparência.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Tenho certeza que as outras pessoas me acham feia(o) por causa do meu defeito.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. O meu corpo tem mais defeitos do que o corpo de qualquer outra pessoa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Quando as pessoas pensam em mim é por causa da parte do corpo que não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Acredito que as pessoas falam sobre a minha aparência defeituosa quando não estou por perto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Consigo olhar no espelho e me ver como um todo, não apenas em partes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. A opinião que as pessoas têm sobre minha aparência é muito importante para mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. As pessoas me evitam por causa do defeito na minha aparência.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. As pessoas dizem que minha aparência corporal é normal, mas eu discordo delas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

18. Quando olho no espelho enxergo uma deformação em uma parte do meu corpo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. O meu corpo tem defeitos como o corpo de qualquer outra pessoa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Meu(s) defeito(s) corporal(is) deixa(m) o meu corpo mais feio que o corpo de todas as outras pessoas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Saio de casa despreocupada(o) com a roupa que visto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Não consigo parar de me olhar no espelho para checar minha aparência.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Quero fazer uma plástica para mudar totalmente a parte do corpo que não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Lembro a todo instante da parte corporal que eu não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Para sair de casa mudo várias vezes de roupa buscando esconder a parte do corpo que não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. O pensamento sobre a parte do meu corpo que não gosto surge sempre na minha mente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Só saio de casa vestida (o) com uma roupa que não dê para ver a parte corporal que não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Uso cremes (faciais, capilares ou corporais) para diminuir/minimizar a parte do corpo que não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Tendo condição financeira eu farei uma plástica para mudar a parte corporal que eu não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Tento esconder das outras pessoas a parte corporal que eu não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Evito me olhar no espelho para não triste ao ver minha aparência defeituosa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32. Uso bonés/chapeis para esconder meu cabelo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33. Tendo condição financeira eu farei quantas plásticas forem necessárias até conseguir a aparência perfeita.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34. Evito me olhar no espelho para não ver minha aparência defeituosa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35. Deixo que as pessoas vejam a parte do meu corpo que eu não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36. Não me olho em nenhuma superfície que reflita minha imagem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37. Quando me olho no espelho só consigo olhar para a parte do meu corpo que tem o defeito.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38. Uso bonés/chapeis para esconder minha cabeça que é desproporcional ao meu corpo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39. Sempre me sinto triste quando me olho no espelho e vejo meu defeito.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40. Me sinto satisfeita (o) com minha aparência, mesmo ela sendo imperfeita.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
41. Ao dormir tenho sonhos/pesadelos sobre a parte corporal com defeito.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
42. Deixei de sair de casa para as pessoas não verem o defeito na minha aparência.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
43. Fico ansiosa(o) para saber a opinião que as pessoas têm sobre a parte do corpo que não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
44. Ao tirar fotos me escondo atrás de outras pessoas para esconder meu defeito.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
45. Não consigo trabalhar por que não paro de pensar na parte do meu corpo que não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
46. O defeito da minha aparência me impede de ficar de roupa de banho (biquíni ou sunga) na frente de outras pessoas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
47. Por causa da parte corporal que não gosto, penso em morrer.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
48. Me sinto bem quando me olho no espelho.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
49. Sinto-me ansiosa(o) quando preciso trocar minhas roupas na frente de outras pessoas porque vão ver meu defeito corporal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

50. Ver que tem alguém olhando para a parte do meu corpo que não gosto não me causa perturbação alguma.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
51. Não consigo sair de casa por que as pessoas irão notar o meu defeito corporal (algo imperfeito em minha aparência).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
52. Sempre tomo laxantes para minimizar meu defeito corporal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
53. Evito me encontrar com outras pessoas para que não vejam a parte do meu corpo que não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
54. Já pensei em me suicidar por causa do meu defeito corporal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
55. Acabei relacionamentos por causa do meu defeito corporal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
56. Fico angustiada(o) quando alguma pessoa olha para mim porque ela verá meu defeito corporal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
57. Mesmo com a minha aparência imperfeita me sinto aceita pelas outras pessoas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
58. Sinto medo das pessoas verem a parte do meu corpo que não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
59. Fico apenas no quarto para meus familiares não verem o meu defeito corporal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
60. Arrumo objetos em casa para diminuir o sofrimento que minha deformidade me causa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
61. Faço qualquer tipo de dietas e regimes para melhorar meu defeito na aparência.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
62. Quando estou junto de muitas pessoas sinto que vou passar mal e ninguém vai me ajudar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
63. Sempre induzo o vômito para auxiliar na perda de peso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
64. A parte do corpo que não gosto, não é minha é de outra pessoa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
65. Sempre tomo laxantes para ajudar a diminuir o meu peso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
66. Se eu passar mal na rua, outras pessoas me ajudarão apesar da minha aparência.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
67. Passo muitos dias sem comer para melhorar minha aparência corporal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
68. Ao me olhar, me vejo gorda(o).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
69. Passo dias sem comer por causa do meu defeito.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
70. Perdi meu sentido de viver por causa da parte corporal que não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
71. A parte do corpo que não gosto, não é minha é de outra pessoa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
72. Se eu precisar de socorro na rua as pessoas não me ajudarão por causa da parte do corpo que eu não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
73. Quando olho para as outras pessoas sempre procuro encontrar um defeito/deformidade na aparência delas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
74. Faço exercícios físicos repetitivos para aumentar minha musculatura, mas não tem resultado.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
75. O defeito na minha aparência física não me impede de estar junto de outras pessoas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
76. Não gosto da parte do meu corpo que é defeituosa, mas ela faz parte de mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
77. Faço muita musculação, mas não vejo melhora na minha aparência física.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
78. Minha aparência física é o meu sentido de vida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
79. Outras pessoas dizem que estou magra(o) mas eu só me vejo gorda(o).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
80. A arrumação constante de objetos que faço não é realizada por causa da parte do meu corpo que não gosto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

APÊNDICE 6

INSTRUMENTO FINAL PARA RASTREIO DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL INSTRUÇÃO:

Geralmente olhamos em nós uma parte corporal que não gostamos. Dessa forma, pense na(s) parte(s) do seu corpo que você **NÃO** gosta e circule o número que representa como você se sente com relação a ela(s). Ressalta-se que não há respostas certas ou erradas, mas sim respostas que indicam o seu olhar, e o seu agir, sobre o que desagrada fisicamente em si mesma(o). Escolha entre as opções de acordo com a escala de resposta abaixo. Marque apenas uma opção de cada um dos 33 itens.

	1	2	3	4	5
	Não é Verdade	Acho que não é Verdade	Provavelmente é Verdade	Acho que é verdade	Verdade Absoluta
1. Para sair de casa mudo várias vezes de roupa buscando esconder a parte do corpo que não gosto.	1	2	3	4	5
2. Tento esconder das outras pessoas a parte do corpo que eu não gosto.	1	2	3	4	5
3. Todos os tratamentos que fiz para diminuir o(s) meu(s) defeito(s) não ajudaram em nada.	1	2	3	4	5
4. Ao andar pela rua, penso que as outras pessoas olham diretamente para a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	5
5. Faço qualquer tipo de dieta/regime para melhorar o(s) defeito(s) no meu corpo.	1	2	3	4	5
6. Quando as pessoas pensam em mim é por causa da(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	5
7. Por causa da(s) parte(s) do meu corpo que não gosto, penso em morrer.	1	2	3	4	5
8. Não consigo sair de casa porque as pessoas irão notar o(s) meu(s) defeito(s) no corpo (algo imperfeito em minha aparência).	1	2	3	4	5
9. As pessoas dizem que a aparência do meu corpo é normal, mas eu discordo delas.	1	2	3	4	5
10. As pessoas zombam/riem de mim por causa do(s) meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	5
11. Esta(s) parte(s) específica(s) torna(m) minha aparência horrível.	1	2	3	4	5
12. Quando olho para outras pessoas sempre procuro encontrar defeito(s)/deformidade(s) no corpo delas.	1	2	3	4	5
13. O(s) defeito(s) da minha aparência me impede(m) de ficar com roupa de banho (biquíni/ sunga) na frente de pessoas estranhas.	1	2	3	4	5
14. Penso a toda hora na(s) parte(s) do corpo que eu não gosto.	1	2	3	4	5
15. Sinto-me ansioso(a) quando preciso trocar minhas roupas na frente de outras pessoas porque vão ver meu(s) defeito(s) corporal(ais).	1	2	3	4	5
16. Ao me olhar no espelho, só consigo ver a(s) parte(s) com defeito(s), não o corpo como um todo.	1	2	3	4	5
17. Sinto medo das pessoas verem a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	5
18. Só saio de casa vestindo(a) uma roupa que esconda/disfarce o(s) defeito(s) no meu corpo.	1	2	3	4	5
19. As pessoas sempre olham para mim por conta de um (ou mais) defeito(s) na minha aparência.	1	2	3	4	5
20. Tendo condição financeira eu farei uma plástica para mudar a(s) imperfeição(ões) do meu corpo.	1	2	3	4	5

21. Fico angustiado(a) quando alguma pessoa olha para mim porque ela verá meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	5
22. Me sinto triste quando olho no espelho e vejo meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	5
23. Tenho certeza que as outras pessoas me acham feio(a) por causa do(s) meu(s) defeito(s).	1	2	3	4	5
24. Quero fazer uma plástica para mudar totalmente a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	5
25. Deixei de sair de casa para as pessoas não verem o(s) defeito(s) na minha aparência.	1	2	3	4	5
26. Evito me olhar no espelho para não ver minha(s) imperfeição(ões).	1	2	3	4	5
27. Não me olho em nenhuma superfície que reflita minha imagem por causa do(s) defeito(s).	1	2	3	4	5
28. Evito encontrar com outras pessoas para que não vejam a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	5
29. Quando olho no espelho, só consigo olhar para a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	5
30. Acredito que as pessoas falam sobre o(s) meu(s) defeitos quando não estou por perto.	1	2	3	4	5
31. Meu(s) defeito(s) torna(m) o meu corpo mais feio que o corpo de todas as outras pessoas.	1	2	3	4	5
32. Não consigo parar de me olhar no espelho para checar meu(s) defeito(s) na aparência.	1	2	3	4	5
33. Fico ansioso(a) para saber a opinião que as pessoas têm sobre a(s) parte(s) do corpo que não gosto.	1	2	3	4	5

APÊNDICE 7

A explicação do Transtorno Dismórfico Corporal na perspectiva da Logoterapia

Resumo

O presente artigo tem como proposta refletir sobre o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) na ótica da logoterapia. O TDC é uma psicopatologia na qual os indivíduos com este sofrimento veem uma deformidade em seus corpos. A logoterapia é uma teoria com embasamento fenomenológico-existencial que acredita que todo ser humano busca um sentido a ser realizado para a vida. Segundo a referida teoria, o ser humano é composto pelas dimensões somática, psíquica e noológica. Partindo da compreensão da tridimensionalidade do ser, propomos analisar o TDC considerando as mencionadas dimensões ontológicas. Para alcançar nosso objetivo, foi realizada uma busca em livros e artigos científicos das bases de dados Scielo e Biblioteca virtual de saúde que tratam do assunto. Por fim, chegamos à conclusão de que pessoas que sofrem com o TDC tornam-se presas nas dimensões somática e psíquica, não conseguindo acessar a dimensão noológica. Por ser um estudo teórico torna-se relevante a realização de novas pesquisas que possam verificar os argumentos lançados neste artigo.

Palavras-chave: Transtorno Dismórfico Corporal; logoterapia; dimensão noológica.

Abstract

This article aims to reflect on body dysmorphic disorder (BDD) from the perspective of logotherapy. BDD is a psychopathology in which individuals with this suffering see a deformity in their bodies. Logotherapy is a theory with a phenomenological-existential basis that believes that every human being seeks a meaning to be realized for life. According to the

referred theory, the human being is composed by the somatic, psychic and noological dimensions. Starting from the understanding of the three-dimensionality of being, we propose to analyze the TDC considering the mentioned ontological dimensions. To reach our goal, a search was made in books and scientific articles from the Scielo and Virtual Health Library databases that deal with the subject. Finally, we came to the conclusion that people who suffer from BDD become trapped in the somatic and psychic dimensions, failing to access the noological dimension. As it is a theoretical study, it is relevant to carry out new research that can verify the arguments launched in this article.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder; logotherapy; noological dimension.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre el trastorno dismórfico corporal (BDD) desde la perspectiva de la logoterapia. BDD es una psicopatología en la cual las personas con este sufrimiento ven una deformidad en su cuerpo. La logoterapia es una teoría con una base fenomenológica-existencial que cree que todo ser humano busca un significado para que la vida se realice. Según la teoría antes mencionada, el ser humano está compuesto por las dimensiones somáticas, psíquicas y noológicas. Partiendo de la comprensión de la tridimensionalidad del ser, proponemos analizar el TDC considerando las dimensiones ontológicas referidas. Para alcanzar nuestro objetivo, se realizó una búsqueda en libros y artículos científicos de las bases de datos de Scielo y de la Biblioteca Virtual en Salud que tratan el tema. Finalmente, llegamos a la conclusión de que las personas que sufren de BDD quedan atrapadas en las dimensiones somáticas y psíquicas, sin poder acceder a la dimensión noológica. Por tratarse de un estudio teórico, es relevante realizar nuevas investigaciones que puedan verificar los argumentos lanzados en este artículo.

Palabras clave: trastorno dismórfico corporal; logoterapia; dimensión noológica.

Introdução

Este artigo representa parte de dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Neurociência Cognitiva e comportamento do departamento de psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa (PB).

O interesse em estudar sobre o tema se deu pela percepção de que o modo de vida na contemporaneidade impõe um descontentamento crescente relacionado à estrutura corporal, instigando a imaginação dos indivíduos sobre o corpo esteticamente perfeito e o aumento da procura por cirurgias plásticas (Ribeiro, Silva, & Augusto, 2017).

Alguns sujeitos, no entanto, por mais esforços que façam para possuir uma aparência sem defeitos, dentro de um padrão social considerado belo, sempre olham para si encontrando deformidades (American Psychiatric Association, 2014). Além disso, o sofrimento vivido por estes indivíduos diante da perspectiva de estarem corporalmente deformados, instiga-os a buscarem, sucessivamente, por cirurgias plásticas e outros procedimentos estéticos (Brito, Nahas, Cordas, Felix, Sabino, & Ferreira, 2014).

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é um transtorno mental que permanece desconhecido pela maioria dos indivíduos, pois ainda é pouco estudado e seu diagnóstico não é reconhecido pela prática médica (Brito et al., 2014).

A Logoterapia e análise existencial é uma perspectiva psicológica que argumenta a respeito do sentido da vida e da sua realização (Frankl, 2018). Na referida teoria, o ser humano possui três dimensões integralizadas, ou seja, “a organização dialética daquilo que compreendeu como as três categorias ontológicas fundamentais para abordar o ser humano: corpo, psiquismo e espírito” (Pereira, 2015).

Como não há na literatura científica artigos que tratem o TDC na ótica da logoterapia,

decidimos trazer à tona reflexões sobre o assunto, considerando as três dimensões do ser humano defendida por Viktor Frankl. Este artigo teve como objetivo analisar o TDC sob a teoria da logoterapia.

Método

Trata-se de um artigo de revisão. Para realização do mesmo, tanto houve uma busca em livros de referência como, também, nas bases de dados eletrônicas SciElo e Google acadêmico sob os termos: Transtorno dismórfico corporal e Logoterapia, e Body Dysmorphic Disorder and Logoterapy. Não houve utilização de filtros para busca dos artigos.

Discussão

O TDC é uma psicopatologia que, para alguns estudiosos, pode ser definida como um sentimento de feiura e/ou uma deformidade física que o paciente percebe na sua aparência, levando-o a buscar procedimentos cirúrgicos (Brito et al., 2014). Dessa forma, o conhecimento sobre o referido transtorno psiquiátrico é relevante para os especialistas, em especial cirurgiões plásticos, pois a insatisfação corporal é, frequentemente, identificada em sujeitos que buscam os procedimentos estéticos (Ribeiro et al., 2017).

O indivíduo que sofre com o TDC se torna preso em uma autopercepção distorcida, a qual o faz acreditar que uma ou mais parte(s) de seu corpo está drasticamente deformada. No entanto, o que caracteriza especificamente esse transtorno “é um comportamento perceptivo "distorcido" em relação à imagem corporal e uma preocupação com uma "anomalia imaginária" na aparência ou exagerada em relação a uma imperfeição corporal identificada” (Bonfim, Nascimento, & Borges, 2016). Todavia, a deformidade não existe de fato e, caso exista, é algo ínfimo e sutil, no entanto, será superestimada (APA, 2014). Conrado (2009) evidencia que o TDC tem como questão central a crença absoluta de que o indivíduo é deformado, feio, ou não

possui atrativos em qualquer aspecto de sua aparência corpórea.

Salienta-se que o TDC só foi inserido na lista de doenças (sofrimentos) mentais do *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) em 1987 quando o manual já estava na sua terceira edição (Veale & Matsunaga, 2014). No DSM-5, o TDC aparece referenciado dentro da categoria do transtorno obsessivo-compulsivo (APA, 2014). Dentre os seus sintomas, há obsessões (pensamentos que se fazem presentes a todo momento, de maneira intrusiva, persistente e indesejada) e compulsões (comportamentos e/ou atos mentais repetitivos, nos quais o indivíduo sente-se obrigado a executá-los de forma rígida para corresponder a sua obsessão) (APA, 2014).

Enrico Morselli, médico psiquiatra italiano, nascido em 17 de julho de 1852, foi o primeiro estudioso que teve o interesse de observar e catalogar o conhecimento sobre o TDC (Behar, Arancibia, Heitzer, & Meza, 2016). Ele o caracterizou como sendo a percepção subjetiva de feiura ou deformidade física na qual os sujeitos acometidos por tal transtorno acreditam que, devido a sua feiura, são observados por terceiros, mesmo que sua aparência física não concilie com a forma percebida e esteja dentro da convenção de normalidade (Morselli, 1886).

Em relação ao DSM-III, o TDC surge inserido na classe do Transtorno Somatoforme Atípico, não apresentando seu critério diagnóstico (Behar et al., 2016) e no DSM III-R (APA, 1987), no qual o transtorno é mais bem descrito, tem-se estabelecido o critério diagnóstico, acrescentadas as variações: não delirante e delirante.

Na descrição do TDC encontrada no DSM-IV, transcrita por Caixeta, Costa, Caixeta, Nóbrega e Hanna (2007), são referenciadas três características diagnósticas: 1) preocupação com um problema de aparência física imaginário; 2) se houver alguma anomalia física de fato, a preocupação é claramente excessiva, não congruente; e 3) prejuízo funcional na vida diária por conta destas preocupações.

No DSM-5 (APA, 2014) ocorre a alteração no grupo de classificação do TDC. Nele, o TDC deixou de fazer parte do grupo Transtorno Somatoforme e entrou na categoria de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), assumindo, com isso, a ênfase principal nos sintomas obsessivos e compulsivos pelos quais os sujeitos são acometidos com maior intensidade, indo além da questão de insatisfação e defeito corporal (APA, 2014).

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014, p. 242), os critérios diagnósticos do TDC estão especificados como:

- A. Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou que parecem leves para os outros;
- B. Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo executou comportamentos repetitivos (por exemplo, verificar-se no espelho, arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização) ou atos mentais (por exemplo, comparar sua aparência com a de outros) em resposta às preocupações com a aparência;
- C. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;
- D. A preocupação com a aparência não é mais bem explicada por preocupações com a gordura ou o peso corporal em um indivíduo cujos sintomas satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno alimentar.

Comparando os referidos critérios diagnósticos apresentados nos DSM-IV-TR e DSM-5, as mudanças encontradas foram: 1) o que aparecia como problema de aparência física (termo genérico que dá margem à interpretações errôneas) passa para o termo defeitos ou falhas percebidas na aparência física; 2) este critério, no DSM anterior, focava a preocupação excessiva, enquanto no atual evidenciam-se os componentes obsessivos e compulsivos do

transtorno que foram acrescentados às características diagnósticas, ou seja, a preocupação foi colocada em ação – comportamentos e/ou pensamentos; 3) aqui, o antecessor trazia o prejuízo funcional relacionado à vida diária – termo genérico – e, no recente, além do prejuízo agora esclarecido em todos os campos significativos ao indivíduo, fica contemplado o sofrimento (emocional) que o transtorno causa ao sujeito; 4) por fim, foi acrescentado ao DSM-5 o quarto critério, que diz respeito à distinção que deve ser feita entre a preocupação específica do TDC e a preocupação que indivíduos com Transtorno alimentar (TA) apresentam, ou seja, volta-se não a anormalidades mas ao peso e gordura (APA, 2014).

O TDC é distinguido por níveis de intensidade, que se tornam diferentes entre si pelo grau de *insight* que o sujeito tem em relação ao que ele acredita como verdade sobre a sua deformidade (APA, 2014). Desta maneira, pode-se caracterizar o TDC como: 1) *Insight* bom ou razoável (as crenças do transtorno podem ou não ser verdadeiras; 2) *Insight* pobre: o indivíduo acredita na provável veracidade de suas crenças sobre as deformidades; 3) *Insight* ausente (crenças delirantes): neste grau o indivíduo está completamente certo de que as crenças ruminantes do TDC são verdadeiras (APA, 2014).

De acordo com o DSM-5, atualmente há conhecimento de que, para o estabelecimento do TDC, existe uma média de idade entre 16 e 17 anos, cujos sintomas iniciais geralmente se desenvolvem gradualmente. No entanto, em alguns casos, o TDC pode ocorrer abruptamente entre os 12 e 13 anos (APA, 2014). No ímpeto de conhecer um pouco mais sobre o transtorno em questão, deve-se ainda tomar ciência de que ele tanto afeta homens quanto mulheres (APA, 2014; Menezes, Santos, Pimenta, Favaretto, & Ruback, 2014).

No que diz respeito à sintomatologia dos sujeitos que sofrem com o TDC, pode-se citar: 1) a camuflagem da parte defeituosa com arrumação dos cabelos, o uso de óculos escuros e de roupas que possibilitem esta camuflagem (como mangas largas ou longas), uso de maquiagem para encobrir os defeitos; 2) atenção férrea com relação ao controle das posições corporais,

evitando que o defeito fique à mostra e seja observado por outras pessoas; 3) excessiva atenção aos cuidados pessoais (“*grooming behaviours*”) nos salões de beleza (constante mudança de cor e corte de cabelos; ou uso de maquiagens realizadas por profissionais, compra e uso de produtos cosméticos e excesso de tratamentos dermatológicos – utilização de filtros solares ou o uso de ácido retinóico) (Conrado, 2009).

Outras atitudes são: sentimento de desconforto em público; preocupação e avaliação da aparência; tendência para sobrevalorizar a aparência ao determinar o valor próprio; evitar circunstâncias sociais e contatos físicos com outros, e alteração excessiva da aparência por meio de roupas ou cosméticos (Menezes *et al.*, 2014). Mais além, a comparação da aparência com a de outros indivíduos; a verificação consecutiva das deformidades nos espelhos (ou superfícies refletoras); maneira excessiva de se arrumar; camuflagem (uso de adereços – chapéus, maquiagem, óculos escuros, perucas, roupas) com a finalidade suprema de encobrir os defeitos; a busca por procedimentos estéticos; tentativa de tranquilização sobre a aparência dos defeitos (APA, 2014).

Uma das consequências deste transtorno é a esquiva das atividades costumeiras, a qual pode levar a um extremo isolamento social e resultar, em casos graves, no abandono do trabalho, da escola, da vida social (Menezes *et al.*, 2014).

Logoterapia e análise existencial

A Logoterapia e Análise Existencial foi desenvolvida por Viktor Emil Frankl, médico neurologista e psiquiatra, nascido aos 26 dias do mês de março de 1905, em Viena (Aquino, 2018). O segundo dos três filhos do casal Gabriel e Elsa Lion. A educação recebida por seus pais seguiu os fundamentos judaicos, e seu ambiente familiar foi de muito afeto e segurança (Frankl, 2010).

Para Frankl, a busca pelo sentido da vida é o motor primário da existência humana

(Frankl, 2016). Mas, o que significa logoterapia? O senso comum tem o entendimento de que é a terapia do sentido da vida, mas essa compreensão é demasiado simplista. Pode-se compreender seu real significado fazendo a distinção entre as palavras “logo” que vem do vocábulo grego *logos* e significa sentido (Frankl, 2016), e terapia, termo vindo também do grego *therapeia*, cujo significado pode ser tanto “ato de curar” como “ato de reestabelecer”. Diante desse entendimento, pode-se conceituar a logoterapia como o ato de restabelecimento por meio do sentido. Para Fizzotti (1996), este é um método de cura (restabelecimento) para as neuroses (sofrimentos mentais) que cada vez mais fazem parte dos sujeitos na atualidade.

A visão de homem postulada pela logoterapia, de acordo com Frankl (2011), está calcada em três pilares: a Liberdade da Vontade (LV), a Vontade de Sentido (VS) e o Sentido da Vida (SV).

Entende-se por LV a liberdade da vontade humana, ou seja, a liberdade de um ser que é finito. Neste sentido, a LV propõe que o ser humano, apesar de não estar livre das contingências que interferem na sua existência, continua com a sua liberdade para tomar uma atitude necessária frente a qualquer situação (positiva ou negativa) que lhe seja imposta ou apresentada (Frankl, 2011). O ser humano, para Frankl, é um ser que busca um para quê viver, um sentido (Frankl, 2018). Nessa conotação, a liberdade é compreendida como a possibilidade de fazer uma escolha apesar das situações concretas (Aquino, 2018). A LV está em oposição ao pandeterminismo, já que este nega a capacidade do ser humano de assumir atitudes pessoais sobre as diversas circunstâncias da vida (Frankl, 2018). Contudo, não se nega que as contingências e determinações biológicas, psicológicas e sociológicas fazem parte das limitações humanas, mas o referido pilar (LV) enaltece a capacidade meramente humana de resistir às piores adversidades, podendo enfrentá-las com heroísmo e humor (Frankl, 2011).

A VS se dá pela busca de cada ser humano por seu próprio sentido (Frankl, 2018). Relativo ao SV, segundo Frankl (2016), o sentido da vida não é algo geral, varia de uma pessoa

para outra, de um momento para outro; é aquilo que é necessário ser feito (realizado) frente às situações que se apresentam diante do ser humano. No entanto, é mais que uma necessidade, está referenciado como uma possibilidade que, quando é realizado, torna-se realidade e fica protegido no passado, por ser este imutável (Frankl, 2018). Com esses argumentos, torna-se compreensível que não exista um único sentido ao longo da vida, mas sentidos que vão se realizando em cada época na vida do indivíduo.

De acordo com Frankl (2018) os conceitos fundamentais da logoterapia são:

Frustração existencial (FE) – ocorre quando a vontade de sentido é frustrada; o termo existencial significa o modo específico de ser humano, isto é, a existência em si mesma; o sentido da existência; a busca pelo sentido concreto da existência pessoal (personalizada). A FE resulta em neuroses noogênicas que se originam na dimensão noológica, palavra vinda do latim *Noos* (mente), dimensão unicamente humana.

Neuroses noogênicas (NE) – aparecem devido a problemas existenciais em que o papel central é a frustração da vontade de sentido; estabelecem-se quando não se encontra sentido na vida.

Noodinâmica – dinâmica existente dentro de um campo carregado de tensão, na qual em uma extremidade está o sentido a ser realizado e, na outra, encontra-se o indivíduo que o realizará; tensão interior causada pela busca de sentido, sendo essa a tensão fundamental para a manutenção da saúde mental.

Vazio existencial (VE) – estabeleceu-se a partir do momento em que os seres humanos perderam os instintos animais básicos reguladores dos comportamentos, que também asseguravam sua existência. Tais perdas se deram pelo desenvolvimento de características exclusivamente humanas, trazendo a necessidade das escolhas.

Autotranscendência – acontece a partir do momento em que o ser humano volta sua atenção, e ação, para algo além dele mesmo, da própria existência, ou seja, a existência humana

para além dela mesma (Frankl, 2011). Esse “algo” pode ser alguém ou um sentido que precisa ser preenchido (Frankl, 2016). O indivíduo se movimenta para além de si, indo de encontro ao outro, que pode ser outro indivíduo ou mesmo um sentido.

Autodistanciamento – capacidade fundamentalmente humana de se colocar acima das situações estressantes/limitantes, ou seja, todo ser humano tem em si a capacidade de se distanciar das diversas situações e até de si mesmo, caso seja preciso (Frankl, 2011).

Para Frankl, cada época tem o seu sofrimento mental – nas palavras de outrora, sua neurose (Fizzoti, 1996). Atualmente, o corpo torna-se objeto de maior importância sobre o ser, o caráter, a ética. Volta-se ao entendimento de que Frankl compreende o ser humano em três dimensões (Pereira, 2015).

Segundo Frankl (2011), a dimensão somática é formada por toda a estrutura biológica, em sua anatomia e fisiologia; a dimensão psíquica diz respeito às questões mentais (pensamentos, reflexões, emoções) e, por fim, a dimensão noológica – fundamentalmente humana, dentro de uma conceituação antropológica, na qual o indivíduo consegue refletir sobre si mesmo na meta maior de deixar uma contribuição (um legado) para o mundo e às outras pessoas; uma vida vivida em prol de um sentido, o qual só pode ser realizado por meio daquele indivíduo (Frankl, 2019).

No TDC, os indivíduos tornam-se presos às dimensões somática e psíquica não conseguindo acessar a dimensão noológica. Submersos pelo conformismo e totalitarismo, os sujeitos que sofrem com este transtorno não conseguem autotranscender, permanecendo, assim, voltados a si mesmos. Entende-se que o paciente sofre a pressão das ideias obsessivas que o invadem – em contraponto desta pressão, ele(a) tenta reagir às ideias para reprimi-las, ou seja, o indivíduo, nessa tentativa, está fazendo uma contrapressão. No entanto, esta contrapressão realizada aumenta a pressão originalmente recebida. Nas neuroses obsessivas, os sujeitos temem que os pensamentos se tornem realidade. Têm medo de si próprios (Frankl, 2019).

Fizzoti (1996) diz que tanto o sentimento de vazio quanto do absurdo da própria vida encaminha os sujeitos à enfermidade. Dessa maneira, os sujeitos que convivem com o TDC tornam-se presos ao destino biológico, compreendendo-se como destino aquilo que não pode ser mudado – o funcionamento do organismo. Levando-se em consideração as nuances encontradas na dimensão psíquica que caracterizam o TDC, entende-se que os processos psicológicos comprometidos neste transtorno são respectivamente: atenção, pensamento, sensopercepção e afetividade.

Atenção: é definida como o estado no qual se processa simultaneamente várias fontes de informação (Bear, Connors & Paradiso, 2010). Mas, em relação ao TDC, entende-se que a alteração ocorrida é a hiperprosexia – definida como o estado de atenção exagerada, cuja característica é a tendência irrefreável de obstinar-se, ou seja, deter-se indefinidamente sobre os objetos sem demonstrar fadiga (Dalgalarondo, 2018, p. 105). Voltada ao transtorno, a questão da atenção aparece sempre que o sujeito, ao ter sua imagem refletida, olha para a parte corporal que acredita ser defeituosa sem conseguir desviar o olhar para se ver como um todo.

Sensopercepção: é compreendida como a intercessão formada pela união da sensação com a percepção. Feldman (2015) sugere as seguintes definições: percepção refere-se à “classificação, interpretação, análise e integração de estímulos pelos órgãos dos sentidos e pelo cérebro” e sensação remete-se à “ativação dos órgãos dos sentidos por uma fonte de energia física” (Feldman, 2015, p. 86). Dalgalarondo (2018) retrata a sensação como um fenômeno primário que é gerado por variadas estimulações, seja física, química ou biológica, podendo ser originadas externa ou internamente (organismo), gerando alterações nos órgãos receptores, estimulando-os. O referido autor propõe que a percepção acontece quando o indivíduo toma consciência do estímulo sensorial. Nesse sentido, a alteração sofrida pela sensopercepção vem das alucinações visuais complexas sobre partes do corpo que são vistas como reais (Dalgalarondo, 2018). No TDC, ao se olharem em superfícies que refletem sua imagem, os

indivíduos veem efetivamente a deformação na parte corporal que é foco do transtorno.

Afetividade: Dalgarrondo (2018) a entende como uma terminologia genérica, que é composta por vários tipos de vivências afetivas, sendo estas o humor, as emoções e por fim os sentimentos. Assim, pode-se compreender que todo o conjunto dos sentimentos que fazem parte do ser humano é sua emocionalidade. Em se tratando das alterações na afetividade, pela sintomatologia levantada anteriormente, percebem-se mudanças voltadas à tristeza, sendo: tristeza, aflição, infelicidade, vergonha, impotência, baixa autoestima e autodepreciação (Dalgarrondo, 2018). Em nomenclatura, pode-se caracterizar por distímia hipotímica e humor depressivo.

Pensamento: Dalgarrondo (2018) o sugere como fluxo de ideias, símbolos e associações voltadas a um determinado objetivo, que são iniciados por algum problema ou mesmo uma tarefa, sendo direcionados a uma conclusão orientada para a realidade. Feldman (2015, p. 241) conceitua pensamento como “a manipulação de representações mentais da informação”. O pensamento pode ser entendido em duas perspectivas: conceitos (formados a partir de representações, sem elementos de sensorialidade – não se consegue contemplá-los ou mesmo imaginá-los), são intelectivos (cognitivos), experimentando-se apenas as características gerais dos objetos ou fenômenos; juízos (processos que estabelecem relações significativas entre dois conceitos básicos, sendo expressos por frases); raciocínio (relaciona os juízos, ou seja, é a forma de ligação entre os conceitos, a sequência de juízos e o encadeamento de conhecimentos, os quais derivam uns dos outros (Dalgarrondo, 2018).

Ao se reportar à alteração ocasionada, torna-se plausível no TDC o pensamento obsessivo, significando, portanto, a imposição do pensamento à consciência de forma incontrolável e persistente (Dalgarrondo, 2018) – tal característica pode ter contribuído para inclusão do TDC na categoria dos Transtornos Obsessivos Compulsivos (APA, 2014).

O que se reporta à dimensão somática vai-se adentrar nas alterações neurobiológicas

encontradas nos indivíduos com TDC. Cabe ressaltar que Frankl não subestima a característica biológica do indivíduo, pois o sujeito é entendido como um todo integralizado (Frankl, 2011). O pesquisador atesta a dimensão somática como fator constitutivo do que chama de neuroses obsessivas (Frankl, 2019). Nessa perspectiva, discorre-se a atenção sobre as áreas do sistema nervoso central que se apresentam comprometidas no transtorno estudado.

Referindo-se ao TDC, buscou-se averiguar em quais regiões cerebrais dá-se a experiência da beleza e da feiura. De acordo com os estudos encontrados (Ishizu, & Zeki, 2011; Li, Lai, Loo, Strober, Mohammad-Rezazadeh, Khalsa, & Feusner, 2015; Rossel, Harrisson, & Costa, 2015; Tsukiura, & Cabeza, 2011), existem áreas cerebrais responsáveis pelo reconhecimento da beleza.

Ishizu e Zeki (2011) tentaram construir uma teoria neural da beleza, na qual buscaram aprender como se organiza a dinâmica cerebral no momento da experiência da beleza. Esses pesquisadores tiveram como suposição que haveria uma única área ou um agrupamento de áreas cuja atividade neural tinha correlação com a experiência da beleza. A pesquisa deles apontou para a implicação da área do córtex orbitofrontal medial, tanto na experiência de beleza quanto da feiura.

Tsukiura e Cabeza (2011) buscaram compreender a ativação neural das áreas implicadas na conjectura do que é ‘belo é bom’, ou seja, a beleza mais o julgamento moral. Em suas hipóteses, eles acreditavam que existia uma influência das áreas cerebrais implicadas no processamento estético sobre as regiões neurais responsáveis pelos julgamentos morais. Eles detectaram que o córtex orbitofrontal medial ativou-se quando mostrados estímulos de atratividade, e o córtex insular comportou-se de forma oposta, ou seja, houve a diminuição de ativação quando diante do estímulo atrativo.

Na direção de levantar as áreas cerebrais implicadas em sujeitos com TDC, Rossell et al (2015), por meio de exames de imagem, mostraram que as anormalidades neurais

características nos indivíduos com o transtorno estudado acontecem no sistema límbico, nas áreas de processamento visual do cérebro e do córtex orbitofrontal, referindo-se também às alterações da substância branca.

Feusner, Moody, Hembacher, Townsend, McKinley, Moller e Bookheimer (2010) mostraram em sua pesquisa as regiões cerebrais que estão comprometidas nas pessoas com TDC, sendo: córtex orbitofrontal esquerdo, caudado (cabeça esquerda), giro pré e pós central. Kandell, Schwartz, Jessell, Siegelbaunn e Hudspeth (2014), por sua vez, vislumbraram em sua pesquisa a atuação do córtex cingulado em indivíduos com TDC.

Diante dos resultados encontrados nas referidas pesquisas (Feusner et al, 2010; Ishizu, & Zeki, 2011; Rossel et al, 2015; Tsukiura & Cabeza, 2011), iniciaremos a discussão neurobiológica do TDC. Como descrito anteriormente, as regiões implicadas no TDC, conforme os estudos, estão referenciadas no Quadro 1.

O Quadro 1, segundo os respectivos autores, evidencia as áreas cerebrais que apresentaram alteração nos indivíduos que sofrem com o TDC. Pode-se verificar, por meio das informações, o comprometimento do lobo frontal, do núcleo da base e do giro pós-central que podem ser afetados devido aos comportamentos repetitivos e ideias obsessivas. Os estados emocionais negativos (baixa autoestima, tristeza, vergonha) ficam evidenciados pela alteração no córtex insular e sistema límbico. No entanto, o Quadro 1 demonstra o consenso dos autores na implicação do córtex orbitofrontal no que diz respeito ao TDC.

Como fora evidenciado, o OFC faz parte do córtex pré-frontal, que está diretamente relacionado à capacidade de avaliação das consequências sobre os planejamentos e atitudes (ações) futuras. Gazzaniga, Ivry e Mangun (2006) imputam ao lobo frontal os aspectos superiores referentes ao controle motor e ao planejamento, bem como à execução do comportamento. Entretanto, o OFC localiza-se na região ântero-ventral do lobo frontal, estendendo-se medialmente às estruturas do sistema límbico, formando interconexões com o

referido sistema. De acordo com Tsukiura e Cabeza (2011), o córtex orbitofrontal medial está associado à atratividade.

O córtex insular surge apresentando a função emocional e de regulação da homeostase (Kandell et al, 2014), mas aparece também como responsável pelo reconhecimento da atratividade (Tsukiura & Cabeza, 2011).

O córtex cingulado, ou giro cíngulo, de acordo com Kandell et al (2014), localiza-se na parte interna do cérebro, circulando a superfície ventral do corpo caloso, tendo atuação na regulação da emoção e cognição. Faz parte do lobo límbico e age na regulação dos comportamentos considerados emocionais (Gazzaniga et al, 2006).

Salienta-se que, com relação à questão da alteração no sistema visual, Li et al (2015) apontam hipoatividade no córtex occipital esquerdo – responsável pelo processamento da visão no cérebro (Gazzaniga et al, 2006).

Considerações Finais

Este artigo fez a reflexão do TDC na perspectiva da Logoterapia e Análise Existencial, no que se referiu à ontologia dimensional de Frankl. Nela, o autor compreende o ser humano na sua integralidade, sendo realizada em três dimensões: somática, psíquica e noológica.

Pode-se argumentar que, em sujeitos com o transtorno, há uma dificuldade desses em transcender, ou seja, estar para algo ou alguém, de vivenciarem a dimensão noológica, pois estão reféns das dimensões psíquica, em seus aspectos psicopatológicos de atenção, sensopercepção, pensamento e afetividade; e somática, sendo esta apresentada pelas regiões cerebrais que são ativadas quando se fala em indivíduos com TDC: lobo frontal, córtex orbitofrontal, sistema límbico, córtex insular, córtex occipital. Mas, como o estudo foi bibliográfico, cabe ressaltar a importância da realização de novas pesquisas que abarquem o tema iniciado aqui para compreensão da dimensão noológica em sujeitos com TDC.

Referências

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Revised, Association Washington, D.C., American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Association Washington, D.C., American Psychiatric Publishing.
- Aquino, T. A. A. (2018). *Logoterapia e Análise Existencial uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB.
- Bear, M. F.; Connors, B. W.; & Paradiso, M. A. (2010). *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Behar, R., Arancibia, M., Heitzer, C., & Meza, N. (2016). Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 144(5), 626-633. Doi: 10.4067/S0034-98872016000500011
- Bonfim, G. W., Nascimento, I. P. C., & Borges, N. B. (2016). Transtorno dismórfico corporal: revisão da literatura. *Contextos Clínicos*, 9(2), 240-252. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2016.92.09>
- Brito, M. J. A., Nahas, F. X., Cordas, T. A., Felix, G. A. A., Sabino, M. N., & Ferreira, L. M. (2014). Compreendendo a psicopatologia do transtorno dismórfico corporal. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 29(4) 599-608. doi: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0106
- Caixeta, M.; Costa, F. C. O.; Caixeta, L.; Nóbrega, M.; & Hanna, M. (2007). *Neuropsicologia dos transtornos mentais*. São Paulo: Artes Médicas.
- Conrado, L. A. (2009). Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 84(6), 569-81. doi: 10.1590/S0365-05962009000600002
- Dalgalarrodo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2º edição. São Paulo: Artmed.
- Feldman, R. S. (2015). *Introdução à psicologia*. 10ª ed. Porto Alegre: AMGH.
- Feusner, J. D.; Moody, T.; Hembacher, E.; Townsend, J.; McKinley, M.; Moller, H.; Bookheimer, S. (2010). Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder, *Archives General Psychiatry*, 67(2), 197-205. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.190
- Fizzotti, E. (1996). *Conquista da liberdade: proposta da logoterapia de Viktor Frankl*. São Paulo: Paulinas.

- Frankl, V. E. (2010). *O que não está escrito nos meus livros memórias*. São Paulo: Realize Editora.
- Frankl, V. E. (2011). *A vontade de sentido*. São Paulo: Paulus.
- Frankl, V. E. (2016). *Teoria e terapia das neuroses: introdução à logoterapia e à análise existencial*. São Paulo: É Realizações.
- Frankl, V. E. (2018). *Em busca de sentido*. 2 ed. Petropolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (2019). *A psicoterapia na prática*. Campinas (SP): Papirus.
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., Mangun, G. R. (2006). *Neurociência Cognitiva: a biologia da mente*. 2^a. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Ishizu T, Zeki S (2011) Toward A Brain-Based Theory of Beauty. PLoS ONE 6(7): e21852. doi:10.1371/journal.pone.0021852
- Kandell, E. R.; Schwartz, J. H.; Jessell, T. M.; Siegelbaum, S. A.; & Hudspeth, A. J. (2014). *Princípios de Neurociências*. 5^a. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Li, W.; Lai, T. M.; Loo, S. K.; Strober, M.; Mohammad-Rezazadeh, I.; Khalsa, S.; Feusner, J. (2015). Aberrant early visual neural activity and brain-behavior relationships in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Frontiers Human Neuroscience*, 9 (301), 1-13. doi: 10.3389/fnhum.2015.00301
- Menezes, J. A.; Santos, A. C.; Pimenta, P. S.; Favaretto, C. M.; & Ruback, M. C. (2014). Dismorfofobia: o olhar do outro. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 29(3), 468-473. doi: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0083
- Morselli, E. (1886). Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Bolletino dela Accademia de Genova*, 6(1), 110-119.
- Pereira, I. S. (2015). A ontologia dimensional de Viktor Frankl: o humano entre corpo, psiquismo e espírito. *Logos & Existência Revista da Associação Brasileira de logoterapia e análise existencial*, 4 (1), 2-13
- Ribeiro, R. V. E.; Silva, G. B.; & Augusto, F. V. (2017). Prevalência do transtorno dismórfico corporal em pacientes candidatos e/ou submetidos a procedimentos estéticos na especialidade da cirurgia plástica: uma revisão sistemática com meta-análise. *Rev. Bras. Cir. Plást.*;32(3):428-434. doi: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0070
- Rossell, S. L.; Harrison, B. J.; Castle, D. (2015). Can understanding the neurobiology of body dysmorphic disorder (BDD) inform treatment? *Australasian Psychiatry*, 23(4), 361-364. doi: 10.1177/1039856215591327
- Tsukiura, T.; & Cabeza, R. (2011). Remembering beauty: Roles of orbitofrontal and hippocampal regions in successful memory encoding of attractive faces. *Neuroimage*. January 1; 54(1): 653–660. doi:10.1016/j.neuroimage.2010.07.046.

- Veale, D.; & Matsunaga, H. (2014). Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: proposals for ICD-11. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 36(1), 14-20. doi: 10.1590/1516-4446-2013-1238