



**UNIVERSIDADE
E D U A R D O
M O N D L A N E**

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA

Monografia

**ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS JOVENS SOBRE A CONSTRUÇÃO DA
BELEZA E O DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DISMÓRFICO
CORPORAL (TDC)**

Ercilia Geraldo Paunde

Maputo, Julho de 2024

ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS JOVENS SOBRE A CONSTRUÇÃO DA BELEZA E O DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia como requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária.

Ercilia Geraldo Paunde

Supervisor: Prof. Doutor Augusto Guambe

Maputo, Julho de 2024

ÍNDICE

DECLARAÇÃO DE HONRA	iv
AGRADECIMENTOS	v
DEDICATÓRIA.....	vi
LISTA DE TABELAS.....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	viii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT	x
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	11
1.1. Introdução	11
1.2. Formulação do problema	11
1.3. Objetivos	13
1.3.1. Geral	13
1.3.2. Específicos.....	13
1.4. Perguntas de pesquisa	13
1.5. Justificativa	13
CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
2.1. Definição de conceitos	15
2.1.1. Beleza	15
2.1.2. Juventude	15
2.2. Insatisfação corporal na juventude.....	16
2.3. O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC).....	17
2.3.1. Definição e características	17
2.3.2. Fatores que influenciam no desenvolvimento do TDC	19
2.3.3. Etiologia.....	20
2.3.4. Diagnóstico	20
2.3.5. Tratamento.....	22
2.3.5.1. Tratamento psicoterapêutico	22
2.3.5.2. Tratamento farmacológico	22
CAPÍTULO III: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
3.1. Abordagem metodológica	24
3.2. Descrição do local de estudo.....	24
3.3. População e amostra	24

3.4.	Técnica de recolha de dados	25
3.5.	Técnica de análise de dados	26
3.6.	Questões éticas.....	26
3.7.	Limitações do estudo	27
CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		28
4.1.	Caraterização dos participantes da pesquisa	28
4.2.	Principais fatores que contribuem para a insatisfação pela própria imagem nos jovens 28	
4.3.	Comportamentos específicos de portadores do Transtorno Dismórfico Corporal.....	31
4.4.	Conhecimentos teóricos em relação aos avanços terapêuticos no tratamento aos jovens portadores de Transtorno Dismórfico Corporal.	33
4.4.1.	Farmacoterapia	33
4.4.2.	ISRSs no tratamento do TDC em adolescentes e jovens.....	34
4.4.3.	Terapia Cognitivo-Comportamental.....	34
4.4.4.	Tratamentos Não-Psiquiátricos.....	37
CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS		38
4.5.	Sugestões e recomendações	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		40
APÊNDICE		43
ANEXOS.....		45

DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro por minha honra que esta monografia nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau acadêmico e que a mesma constitui o resultado do meu labor individual, estando indicadas ao longo do texto e nas referências bibliográficas todas as fontes utilizadas.

(Ercilia Geraldo Paunde)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao meu poderoso Deus, pela vida, e pela força espiritual durante o meu percurso académico.

Aos meus pais Geraldo Paunde e Adélia Paunde pela educação, pelos ensinamentos, por me transmitir valores morais, pela força que me deram e sempre dão dia pôs dia, mesmo nos momentos difíceis eles sempre estão por perto pra me dar força e apoio, durante a caminhada académica sempre deram tudo para me verem a progredir, e tudo que tenho hoje devo a eles.

Ao meu filho por ser a minha fonte de inspiração, com a sua chegada fiquei com mais força de continuar para poder alcançar os meus objectivos.

Ao meu marido por me apoiar, me alavancar e me dar força sempre que preciso

Aos meus irmãos Lucénia, Onésio, Inelda, Keyla, e Jumilda pelo apoio moral e por terem contribuído na minha caminhada, dando força, ideias.

Ao meu supervisor, Professor Doutor Augusto Guambe, pela sabia orientação, sugestões por ampliar o meu olhar e ajudar na minha caminhada académica e na materialização do meu trabalho

Aos meus colegas de turma, em especial a Jéssica Macamo pelo apoio e ajuda que serviu de aprendizado nesta jornada.

Enfim, a todos que directa ou indirectamente ajudaram para realização desse trabalho.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho Érschel Maluvane que foi a minha fonte de inspiração para ter força de enfrentar este desafio acadêmico. Aos meus pais Geraldo Paunde e Adélia Paunde que sempre foram e serão pessoas de minha admiração pelo seu carácter e dignidade, pelos ensinamentos e por me inculcar na mente que estudo é o único bem que é realmente meu.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal segundo o DSM-V20

Tabela 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa 27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – Associação Americana de Psicologia

DMS – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ISRSs – Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TDC – Transtorno Dismórfico Corporal

TDM - Transtorno Depressivo Maior

RESUMO

O presente estudo tem como tema: *Análise das percepções dos jovens sobre a construção da beleza e o desenvolvimento do Transtorno Dismórfico Corporal*. O estudo tem como objetivo analisar as percepções dos jovens sobre a construção da beleza e o desenvolvimento do Transtorno Dismórfico Corporal. O estudo seguiu uma abordagem qualitativa, onde foram entrevistados 8 jovens, selecionados por conveniência. A recolha de dados foi feita mediante uma entrevista semiestruturada. Os dados obtidos indicaram que o que os jovens pensam e sentem acerca da sua imagem, isto é, a autoimagem corporal pode ser negativa ou positiva. Neste caso, é negativa porque o indivíduo se sente insatisfeito e infeliz com o seu corpo e isto fere o seu entendimento sobre a sua beleza e a construção da autoestima. No entanto, é dentro desta negatividade que situa-se o Transtorno Dismórfico Corporal que é um diagnóstico psiquiátrico caracterizado em indivíduos que possuem preocupação excessiva e intensa com alguns defeitos ou imperfeições inexistentes ou sutis que acabam afetando negativamente a vida do indivíduo, gerando angustias e tristezas. Portanto, no âmbito do tratamento do TDC encontramos a farmacoterapia que está baseada nos inibidores selectivos da recaptção da serotonina: ISRSs, que são fármacos pertencentes a categoria dos antidepressivos e redução de pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. A TCC, que através das técnicas da psicoeducação, interacções cognitivas, engajamento de paciente, reeducação perceptual, exposição e prevenção ritual, prevenção de recaída procura reeducar os indivíduos na percepção da sua imagem corporal e na mitigação de crenças disfuncionais.

Palavras-chave: Jovens; Construção da beleza; Transtorno Dismórfico Corporal.

ABSTRACT

The theme of this study is: Analysis of young people's perceptions about the construction of beauty and the development of Body Dysmorphic Disorder. The study aims to analyze young people's perceptions about the construction of beauty and the development of Body Dysmorphic Disorder. The study followed a qualitative approach, where 8 young people were interviewed, selected by convenience. The data obtained indicated that what young people think and feel about their image, that is, body self-image, can be negative or positive. In this case, it is negative because the individual feels dissatisfied and unhappy with their body and this hurts their understanding of their beauty and the construction of self-esteem. However, it is within this negativity that Body Dysmorphic Disorder is located, which is a psychiatric diagnosis characterized in individuals who have excessive and intense concern with some non-existent or subtle defects or imperfections that end up negatively affecting the individual's life, generating anguish and sadness. . Therefore, within the scope of BDD treatment we find pharmacotherapy that is based on selective serotonin reuptake inhibitors: SSRIs, which are drugs belonging to the category of antidepressants and reduce obsessive thoughts and compulsive behaviors. CBT, which through the techniques of psychoeducation, cognitive interactions, patient engagement, perceptual re-education, exposure and ritual prevention, relapse prevention seeks to re-educate individuals in the perception of their body image and in mitigating dysfunctional beliefs.

Keywords: Young people; Construction of beauty; Body Dysmorphic Disorder.

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

1.1.Introdução

O presente trabalho de pesquisa tem como tema: *Análise das percepções dos jovens sobre a construção da beleza e o desenvolvimento do Transtorno Dismórfico Corporal*. O trabalho surge no âmbito da conclusão do curso de Licenciatura em psicologia Social e Comunitária na Universidade Eduardo Mondlane.

No mundo atual os esforços e preocupações estéticas se tornaram bastante populares, ou seja, tanto no que se refere as sociedades africanas, ocidentais e orientais, há uma preocupação constante com o corpo em sua totalidade ou mesmo com características corporais pontuais.

No entanto, essa preocupação excessiva com a imagem corporal é fator predominante em pessoas acometidas por Transtorno Dismórfico Corporal. O TDC é um transtorno mental que se caracteriza por afetar a percepção que o paciente tem da própria imagem corporal, levando-o a ter preocupações irracionais sobre defeitos em alguma parte de seu corpo.

A presente pesquisa descobre sobre as percepções dos jovens sobre a construção da beleza e o desenvolvimento do TDC, visto que, a insatisfação constante pela imagem corporal é um distúrbio de imagem que afeta adolescentes e jovens. Esta doença é um transtorno mental caracterizado por demasiado descontentamento com a imagem do corpo e desejo incessante de buscar corresponder aos padrões de beleza impostos pela sociedade atual, sacrificando sua própria saúde.

1.2.Formulação do problema

O corpo na idade adolescente e jovem há muito tempo vem sendo o alvo da sociedade em modificar, criticar, moldar de acordo com as questões socioculturais ou em questões relacionadas a moda em vigor. As relações de poder entre homem e mulher permitiu que padrões de beleza fossem criados e impostos para este público. Na compreensão de Wolf (2018), o mito da beleza não está relacionado em nada com as mulheres, mas com as instituições masculinas e o poder institucional destes homens, levando em conta o distanciamento emocional, político, financeiro e repressão sexual que mulheres chegam a vivenciar.

No entanto, antes a vaidade com o corpo era vista com maus olhos, definida até como pecado e uma futilidade, todavia, começou a ser vista, por outro lado, como uma virtude e uma obrigação (Leal, 2008). O que se verifica é que nos dias atuais, os meios de comunicação de

massa se tornaram cruciais na propaganda e na edificação dos padrões de beleza e exclusão social, visto que, as atualizações constantes do mercado quanto à novas práticas de culto à beleza, facilmente manipula e influencia o público sobre a materialidade do corpo.

Não obstante, com o crescimento do mercado estético, mostra a sociedade se especializando em criar uma massa de consumidores, facilmente manipula e influencia o público através de propagandas muito bem elaboradas e estratégicas. O corpo dos jovens passou a fazer parte de inúmeras transformações que até envolvem do mercado médico. Visto que, este jovem se estimulam uns aos outros na busca de uma imagem mágica e perfeita, ou seja, do corpo dos sonhos (Borsoi & Guimarães, 2019).

Portanto, a este fenômeno, dá-se o nome de Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), quando o sujeito se sente inferior a outras pessoas por questões relacionadas à aparência, considerando-se feio ou defeituoso diante da sociedade.

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é classificado pela quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V como uma desordem obsessivo compulsiva, onde a principal característica é uma resposta emocional negativa em relação à percepção visual das partes do corpo, as quais o paciente percebe como deformadas, caracterizando um defeito desde feio, não atrativo e anormal até hediondo ou monstruoso (APA, 2014).

Assim, as preocupações mais comuns são relacionadas a cabeça e face. Sendo uma doença multifatorial, a etiologia baseia-se em fatores socioculturais, vulnerabilidade genética e neuroquímica.

Entretanto, considerando que a insatisfação com a aparência é produto de processos mentais, mas o defeito é percebido no corpo, observa-se que os jovens e adolescentes buscam intervenções físicas como solução, e recusam encaminhamento para tratamento psiquiátrico ou psicológico.

Portanto, após os argumentos supra colocados, levanta-se a seguinte questão de pesquisa:

- ✓ *Como os jovens percebem a construção da beleza e conseqüente desenvolvimento do Transtorno Dismórfico Corporal?*

1.3.Objetivos

1.3.1. Geral

- ✓ Analisar as percepções dos jovens sobre a construção da beleza e o desenvolvimento do Transtorno Dismórfico Corporal.

1.3.2. Específicos

- ✓ Identificar os fatores que contribuem para a insatisfação pela própria imagem nos jovens;
- ✓ Descrever os comportamentos específicos de portadores do Transtorno Dismórfico Corporal;
- ✓ Propor conhecimentos teóricos em relação aos avanços terapêuticos no tratamento aos jovens e adolescentes portadores de Transtorno Dismórfico Corporal.

1.4.Perguntas de pesquisa

- ✓ Quais são os principais fatores que contribuem para a insatisfação pela própria imagem nos jovens?
- ✓ Quais são os comportamentos específicos de portadores do Transtorno Dismórfico Corporal?
- ✓ Quais são os conhecimentos teóricos em relação aos avanços terapêuticos no tratamento aos jovens e adolescentes portadores de Transtorno Dismórfico Corporal?

1.5.Justificativa

A relevância deste estudo está no facto de que possibilita uma reflexão sobre os fundamentos utilizados pelos psicólogos para levar os jovens à percepção sobre a construção da sua beleza.

No entanto, o estudo também tem uma relevância científica, visto que contribui para o avanço o avanço sobre estudos relacionados com a construção da beleza, fazendo com que os psicólogos levem os jovens com dismorfia a entender que a solução para determinado problema pode não estar no comprometimento cego com as transformações constantes com o seu corpo.

No âmbito social o interesse pelo tema se dá a partir de uma observação quanto às novas tendências estéticas que a mídia tem colocado em vista, assim como o incentivo ao público

(jovens e adolescentes), por meio de influenciadoras digitais e celebridades, a aderirem aos inovadores procedimentos, que por sua maioria são intervenções cirúrgicas, em que vendem uma imagem aprimorada do que se via anteriormente e que promete bem estar ao sujeito como um todo.

Ademais, como sustenta Borba e Thives (2011), os jovens e adolescentes associam o bem-estar e a autoestima como uma condição adquirida através de procedimentos estéticos e cirúrgicos. Esses procedimentos evidentemente podem produzir aumento da autoestima, no entanto, deve-se estar alerta para os transtornos decorrentes dessa busca, pois colocam em risco a própria saúde física e mental do sujeito.

Portanto, considerando que os padrões de beleza influenciam nos transtornos relacionados a distorção da imagem corporal, faz-se necessário explicitar o desenvolvimento do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC).

CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Definição de conceitos

2.1.1. Beleza

A beleza é algo que chama a atenção do homem desde o início dos tempos, seja na pintura, na literatura ou até mesmo no próprio homem. A beleza humana sempre foi cultivada conforme as imposições da sua época.

Para Vigarello (2006), a beleza manifesta-se sobre algumas formas nomeadamente: reside em primeiro lugar num conjunto de pensamentos de ordem que se apresentam e sinais que servem para exprimi-lo. A beleza é o acordo de ordem interna segundo a qual arrumamos as coisas de forma organizada.

Assim, falar de beleza no nosso estudo ajuda-nos a compreender como é construído e idealizado o conceito de beleza. A beleza é a forma com que o indivíduo descreve o corpo ideal, ou seja, é um construto-social usado como forma de criar expectativas de um corpo socialmente ideal.

De acordo com Borba (2011), a beleza possui um valor social que garante sucesso nas relações interpessoais e na vida profissional. A imagem corporal influencia o poder, o status e a atração exercida sobre o sexo oposto. Por vezes, a beleza é associada à ideia de felicidade, saúde e sucesso social, profissional e amoroso. Desta forma, o corpo é visto como um veículo que espelha a personalidade e descreve que quanto mais bonito, mais se tem a condição de bem-estar.

2.1.2. Juventude

A vida de um adolescente é marcada por mudanças no desenvolvimento em todos os seus domínios. Em meio às transformações hormonais, funcionais, afetivas e sociais, as alterações de seu universo físico (corporal) adquirem importância fundamental (Fleitlich, 1997). Nesta etapa, o crescimento e o desenvolvimento biológico são fortemente influenciados pela interação de fatores genéticos e ambientais.

Alguns estudos (Laursen, 1995; Lerner; Galambos, 1998; Petersen, 1988), consideram a passagem da adolescência a juventude como um período inevitável e universalmente turbulento, onde desgastes começam a acumular-se.

Os relacionamentos na vida de um adolescente podem ser de fundamental importância. A família possui um papel fundamental na vida dos adolescentes, onde os laços com a família

podem protegê-los de um vasto conjunto de experiências negativas, incluindo estresse emocional, pensamentos suicidas e violência (Resnick *et al*, 1997).

No entanto, quando o adolescente entra na fase da juventude, ele tende a formar relacionamentos mais sustentáveis com amigos dos que tinha nos outros estágios de desenvolvimento. Durante esta etapa da vida, as amizades afetam a auto-estima, provém suporte emocional e contribuem na formação de identidade, além de ser um importante fator para uma auto-imagem saudável (Hall, 2009).

É possível que indivíduos com boa auto-estima vivenciem maior inclusão social, recebam mais suporte social e possuam menos estresse, melhorando assim sua saúde. Assim, durante a adolescência os indivíduos estão numa fase de formação de opinião, onde o suporte de relacionamentos positivos com amigos é importante para uma auto-imagem saudável. É um período onde existe uma grande preocupação em ter um tipo físico considerado ideal perante a sociedade (Damasceno *et al*; 2006).

Portanto, o estilo de vida dos jovens tem se modificado com a crescente urbanização e globalização, contribuindo para o sedentarismo e gasto calórico diminuído. As ofertas de programas de lazer não ativos e a mudança na demanda e percepção do trabalho promoveu mudanças comportamentais individuais e coletivas nos diversos âmbitos da sociedade (Ceschini & Júnior, 2006).

2.2. Insatisfação corporal na juventude

A imagem corporal está relacionada aos sentimentos e a imagem que a pessoa possui sobre as características, o tamanho e a forma do próprio corpo. Essa imagem corporal está associada com aspectos neurofisiológicos e antropométricos, e há evidências sobre a importância dos determinantes sociais em relação a satisfação ou insatisfação com o corpo, principalmente na fase da adolescência, devido as influências culturais e de modelos de beleza que podem ser de formas singulares, como por exemplo, conforme a classe socioeconômica (Pereira *et al*. 2011).

No entanto, a insatisfação corporal é devido a modernização, pelos comportamentos inadequados em relação ao exercício físico e hábitos alimentares não saudáveis e mudanças de vida, levando assim a um aumento de peso corporal e conseqüentemente tendo um aumento dessa insatisfação corporal (Dumith, 2012).

A adolescência é marcada pelas alterações físicas, e os jovens levam em consideração a aceitação com seu próprio corpo frente a sociedade e grupos de amigos.

Nesta fase, o indivíduo imagina um corpo ideal, mas que nem sempre corresponde ao corpo real, e quanto mais esse corpo real se distancia do corpo ideal, leva ao comprometimento da autoestima e a probabilidade de levar a uma distorção da imagem corporal é maior (Cubrelati et al., 2014).

Ademais, o conflito entre o corpo real e o corpo ideal, estimula a busca por medidas rápidas e drásticas que influem em determinadas patologias, como a depressão, bulimia, ansiedade social, Transtorno Dismórfico Corporal, vigorexia, etc. (Borba, 2011).

A sociedade leva a uma supervalorização da imagem corporal, de um corpo bem definido, que causa interesse principalmente desses adolescentes, os quais querem adquirir uma aparência que seja bem aceita por essa sociedade e não para se ter satisfação pessoal (Witt & Scheider, 2011).

2.3.O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC)

2.3.1. Definição e características

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é um diagnóstico psiquiátrico caracterizado em indivíduos que possuem preocupação excessiva e intensa com alguns defeitos ou imperfeições inexistentes ou sutis que acabam afetando negativamente a vida do indivíduo, gerando angustias e tristezas (Monteiro, 2003)

Muitas pessoas olham-se no espelho e se acham diferentes ou defeituosas, mesmo outras pessoas achando-as perfeitas, elas não conseguem enxergar a normalidade em si, caracterizando assim, um distúrbio dismórfico corporal (Ballone, 2008).

No entanto, o que se verifica é que as pessoas que possuem este tipo de transtorno não conseguem enxergar o corpo como ideal, apenas desejam melhorá-lo a cada dia e, para isso, utilizam-se das cirurgias reparadoras para satisfazer os seus desejos. Também, sabe-se que a preocupação com a imagem corporal pode atingir altos níveis de interferência no cotidiano das pessoas.

De acordo com Ballone (2008), a Dismorfia é um termo mais antigo e igualmente usado para designar a discrepância ou diferença entre aquilo que a pessoa acredita ser (em termos de imagem corporal) e aquilo que realmente é. A pessoa com dismorfia pensa que a beleza está no

uso de silicone ou produtos, algumas delas se imaginam feias ou gordas, sendo que na realidade estão dentro dos padrões da normalidade.

Os pacientes com Transtorno Dismórfico Corporal possuem um sentimento subjetivo de se sentirem feios ou esquisitos em relação a algum aspecto de sua aparência, apesar de terem uma aparência dentro da normalidade ou perto dela, estão convencidos que alguma parte do corpo ou é muito grande, ou é muito pequena ou deformada, sempre com exageros perceptuais (Osman, et al., 2013).

Frequentemente se percebem com uma imagem corporal distorcida ou uma impressão de como eles acreditam que os outros os enxergam. A característica que os incomoda geralmente é considerada assimétrica, defeituosa, feia, asquerosa, muito grande, pequena ou desproporcional (Veale & Matsunaga, 2014).

Cimo salienta Monteiro (2003), os indivíduos normalmente respondem tentando verificar como as outras pessoas os olham e se estão olhando para seu defeito, podem verificar em espelhos (para se acalmarem e como uma espécie de reassseguramento) ou buscando o reassseguramento de pessoas próximas sobre o defeito físico, uma vez que isso acaba por reduzir os sintomas ansiosos, questionando sobre o que estão vendo ou ainda, os indivíduos podem camuflar por meio de maquiagem.

De acordo com Osman et al. (2013), os pacientes com TDC possuem pobre qualidade de vida e altas taxas de hospitalização e ideias/tentativas suicidas. Em crianças, o TDC pode apresentar sintomas de recusar-se a frequentar à escola e planejar o suicídio.

Na compreensão de Cash (2002), devido aos sentimentos angustiantes e pensamentos negativos que o transtorno acarreta, comportamentos como a frequente evitação são utilizados no repertório comportamental desses indivíduos por conta de sua imagem corporal. Assim, essas estratégias comportamentais são negativamente reforçadas, uma vez que consiste em retirar um estímulo aversivo para aumentar a frequência de uma determinada resposta no ambiente.

Significa que um indivíduo com TDC evita sair de casa (comportamento) para evitar ir à escola e correr o risco de ser julgado negativamente pelas pessoas (remoção do estímulo aversivo) e portanto, isso reduz o desconforto, embora levem a um ciclo de angústia.

O TDC é conhecido por ser associado a outras comorbidades como o Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Fobia Social, entre outros, o que dificulta no diagnóstico e tratamento. No TDC, há alguns comportamentos compulsivos repetitivos para

reduzir a ansiedade como a verificação em espelhos, apertar espinhas, remover a crosta de feridas ou a pele (Phillips, 2019).

Assim, além de autolesão na tentativa de que o ferimento se recupere mais rápido, uso excessivo de maquiagem, idas frequentes ao cirurgião plástico e dermatologista, em que esses profissionais precisam estar mais alertas à pacientes com TDC, uma vez que dificilmente conseguirão deixar os pacientes satisfeitos, ainda que melhore as falhas percebidas.

2.3.2. Fatores que influenciam no desenvolvimento do TDC

Alguns fatores influenciam no desenvolvimento de dismorfia como a cultura, a mídia, os valores sócios culturais e os costumes. Segundo Monteiro (2003), ainda que não se tenham dúvidas sobre a importância do elemento sociocultural no desenvolvimento e na incidência do TDC, também parece que a patologia está relacionada com desequilíbrios de diversos neurotransmissores do sistema nervoso central, mais precisamente da serotonina.

Os meios de comunicação em massa incentivam os seus consumidores a modificar seu corpo por meio de diversas atividades físicas e de dietas, estimulando as pessoas a adquirirem um físico semelhante ao das modelos apresentadas nas revistas. Estas apresentam o corpo dentro do padrão de beleza vigente e suscitam a vergonha dos corpos que não correspondem a este padrão (Veja, 2005).

No entanto, grande parte dos transtornos de saúde da idade adulta estão pautados com os hábitos alimentares inadequados na infância, sendo a população jovem muito sensível ao impacto de modelos sociais ou publicitários (Monteiro, 2003). O autor ainda refere que alguns fatores propiciam o desenvolvimento de TDC são o uso de drogas, o baixo peso, insatisfação corporal, medo de ficar gordo ou mais gordo, desejo de aumento da massa muscular, e outros.

Portanto, devem-se observar ainda os fatores neurobiológicos, pois, o uso de alguns medicamentos alteram os níveis de neurotransmissores como a serotonina e dopamina. É preciso ainda ficar atento a transtornos psicológicos e alterações do humor, pelo fato de haver evidências de que o Transtorno Depressivo Maior (TDM) estar associado ao desenvolvimento de TDC (Conrado, 2009).

De acordo com Monteiro (2003), alguns fatores devem ser observados, a exemplo dos aspectos demográficos como a idade, pois, na fase da adolescência começam a surgir os primeiros sintomas do TDC. Também, o autor refere que as diferenças de gênero também influenciam na

detecção do TDC, pois, a maioria dos estudos demonstra maior prevalência de desenvolvimento do distúrbio entre as mulheres.

2.3.3. **Etiologia**

Do ponto de vista cognitivo-comportamental, alguns comportamentos psicopatológicos têm um viés nos processos conscientes, e o homem pratica um conjunto de comportamentos observáveis, determinantes do processo de aprendizagem de cada indivíduo, assim, os comportamentos psicopatológicos dão-se a partir de representações cognitivas disfuncionais, reforçadas e aprendidas pela sociedade e família. (Rosa, 2010).

O sintoma primordial do TDC, é a extrema insatisfação com a imagem corporal e essa é a única categoria diagnóstica do DSM-V que se refere diretamente às queixas com a imagem corporal (Conrado, 2008). Porém, infelizmente os pacientes vão ao psiquiatra por outros motivos como uma das comorbidades, a depressão, uma vez que não consideram que possuem algum problema em nível perceptivo.

O TDC costuma se iniciar na adolescência, uma fase que problemas relativos à imagem corporal são normais, uma vez que o próprio corpo está mudando e a formação da identidade também, do corpo infantil ao adulto. Por isso, é necessário atentar-se a preocupações normais do período com algo excessivo e que cause sofrimento como o transtorno (Monteiro, 2003)

De acordo com os estudos de Veale & Matsunaga (2014), a taxa de início do transtorno é mais elevada aos 18 anos, entretanto em critérios diagnósticos mais atualizadas como o do DSM-V, a média de idade do início do transtorno é 16 a 17 anos e a idade mais comum de início é 12 a 13 anos em média.

2.3.4. **Diagnóstico**

Na compreensão de Monteiro (2003), o TDC pode estar presente tanto adolescentes assim como adultos, é necessário clarificar que em adolescentes é possível que se apresente mais como um fenômeno do normal da fase adolescente. Assim, é de fundamental importância ser criterioso ao fazer esse diagnóstico.

No DSM-V (APA, 2014) os critérios diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal são:

Tabela 1 - Critérios diagnósticos do Transtorno Dismórfico Corporal segundo o DSM-V

Quadro 1. Critérios diagnósticos para o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), de acordo com o DSM-5.

Critério A	Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidos na aparência física que não são observáveis ou aparecem leves para os outros.
Critério B	Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo já apresentou comportamentos repetitivos (e.g., verificação no espelho, excessive grooming, skin picking, busca de reassuramento) ou atos mentais (e.g., comparação da sua aparência com a de outros) em resposta às preocupações com aparência.
Critério C	A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.
Critério D	A preocupação com a aparência não é melhor explicada por preocupações com gordura ou peso corporal em um indivíduo cujos sintomas satisfazem os critérios de diagnóstico para um transtorno alimentar. <i>Especificar se:</i> Com dismorfia muscular : O indivíduo está preocupado com a ideia de que a sua constituição física é muito pequena ou apresenta insuficiência muscular. Este especificador é usado mesmo se o indivíduo está preocupado com outras áreas do corpo, o que é frequentemente o caso. <i>Especificar se:</i> Indique grau de percepção sobre crenças relacionadas ao TDC (e.g., "Eu pareço feio" ou "Eu pareço deformado"). Com percepção boa ou razoável: O indivíduo reconhece que as crenças relacionadas ao TDC são definitivamente ou provavelmente falsas ou que elas podem ou não ser verdade. Com baixa percepção: O indivíduo pensa que as crenças relacionadas ao TDC são provavelmente verdadeiras. Com percepção ausente/crenças delirantes: O indivíduo está completamente convencido de que as crenças relacionadas ao TDC são verdadeiras.

Fonte: APA (2014).

Além desses critérios, é necessário verificar os especificadores do TDC, que são novos no DSM-5, e devem ser levados em conta no diagnóstico. São eles:

- ✓ **Dismorfia muscular:** Geralmente homens com a preocupação que sua construção corporal é insuficiente muscular ou muito pequena, mesmo parecendo normais ou mesmo que utilizem esteroides anabolizantes ou estejam muito musculosos.
- ✓ **Insight:** Nível de percepção sobre as crenças do TDC. (Por exemplo, Eu me sinto deformado).
- ✓ **Insight bom ou razoável:** O indivíduo reconhece que as crenças do transtorno são definitivas ou provavelmente não verdadeiras ou que podem ou não ser verdadeiras.
- ✓ **Insight pobre:** O indivíduo acredita que as crenças do transtorno são provavelmente verdadeiras.
- ✓ **Insight ausente/crenças delirantes:** O indivíduo está completamente convencido que as crenças do transtorno são verdadeiras.

Esse especificador novo no DSM-5 é importante, uma vez que deixa claro que o insight ausente e crenças delirantes não significa que o paciente tem um transtorno psicótico. E implica que tanto o transtorno com aspectos não-delirantes quanto delirantes devem ser tratados de forma semelhante e isso é comprovado com alguns estudos que mostra que tanto a forma delirante

quanto não delirante tem bons resultados aos inibidores seletivos de recaptção de serotonina e à terapia cognitivo-comportamental (Phillips, 2019).

2.3.5. Tratamento

Os tratamentos do Transtorno Dismórfico Corporal se baseiam, atualmente, em dois tipos: o Psicoterapêutico e o Psicofarmacológico.

2.3.5.1. Tratamento psicoterapêutico

Existem várias abordagens psicoterapêuticas que podem ser utilizadas no TDC, porém, a Terapia Cognitivo-Comportamental é a mais recomendada aos pacientes que sofrem deste transtorno em causa, são elas:

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

O termo TCC é utilizado como um grupo de técnicas tanto cognitivas, quanto comportamentais. Muitas técnicas afetam tanto os processos de cognição, quanto os comportamentais, por isso se deu essa junção de nomes com a terapia comportamental, já que muitas técnicas afetam tanto os processos de pensamento quanto os padrões de comportamento do paciente (Monteiro, 2003).

A TCC é considerada a terapia mais estudada em termos de intervenção para tentar tratar o TDC. Essa abordagem pode traçar algumas estratégias como mapear os comportamentos de evitação, como por exemplo evitar situações sociais e evitar espelhos; e comportamentos compulsivos, por exemplo, verificar o espelho excessivamente, se arrumar excessivamente (Phillips, 2019).

Dentro desse modelo psicoterápico, algumas técnicas podem ser utilizadas no tratamento do Transtorno Dismórfico Corporal, são elas:

- ✓ O questionamento das distorções cognitivas por meio do questionamento socrático;
- ✓ A técnica de exposição e prevenção de resposta;
- ✓ A técnica de exposição em imaginação.

2.3.5.2. Tratamento farmacológico

Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), e a terapia cognitivo-comportamental são frequentemente usados como tratamentos eficazes para TDC (Monteiro,

2003). Assim, Rosa (2010), também destaca a importância dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina, considerados tratamento somático de primeira linha devido a sua eficácia. Sendo estes os agentes mais estudados com cuidado, em termos de medicação para o transtorno.

No entanto, é importante mencionar que os pacientes com TDC normalmente tomam uma dose maior do que está prescrita nas informações do produto, e precisam ser avisados até mesmo dos possíveis efeitos colaterais. Um medicamento que deve ser utilizado é a clomipramina que deve ser considerado caso a alta dose de ISRS falhe. (Monteiro, 2003).

De acordo com outros estudos, as doses de ISRS devem ser maiores substancialmente para o tratamento do TDC do que de outros transtornos como a depressão, embora não existam estudos metodologicamente rigorosos para identificar a determinação da dose exata. Ainda, para determinar se um ISRS é eficaz, os pacientes devem tomar as doses por um período de testes que varia de 12 a 16 semanas, até atingirem a dose elevada, ou máxima (Veale & Matsunaga, 2014).

Quando os níveis de convicção são muito intensos ou delirantes, deve-se associar antipsicóticos aos antiobsessivos, como a risperidona, a olanzapina, ou até mesmo, os antipsicóticos mais antigos, como a clorpromazina ou o haloperidol. (Phillips, 2019).

CAPÍTULO III: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Abordagem metodológica

Para o alcance dos objectivos traçados escolheu-se o tipo de estudo qualitativo na vertente de estudo de caso. Um estudo qualitativo consiste na interpretação dos fenómenos e na atribuição de significados, pois considera-se que há uma relação dinâmica entre o mundo real do sujeito que não pode ser quantificável (Siena, 2007). Escolheu-se esta abordagem porque favorece a busca de respostas relacionadas a percepção dos jovens sobre a construção da beleza.

O estudo de caso diz respeito a um tipo de pesquisa específica sobre um dado objecto, com o objectivo de compreender diferentes fenómenos sociais. Permite também, estudar um problema em profundidade, embora tenha limitações como o rigor, generalização e tempo demasiado (Siena, 2007).

A sua escolha deveu-se, ao facto de possibilitar o conhecimento detalhado de uma realidade, através da investigação profunda e empírica de um acontecimento ou fenómeno com o objectivo de fazer generalizações a partir de um caso representativo, respeitando a totalidade.

3.2. Descrição do local de estudo

O estudo foi realizado Escola Secundária da Zona Verde, localizado no bairro Zona Verde, Município da Matola, na parte sul de Moçambique no interior da província de Maputo que ocupa uma área de 368.4 km² e situa-se aproximadamente entre os paralelos 25° 41' 36" e 25° 50' 36" de latitude sul e entre os meridianos 32 ° 24' 02" e 32 ° 35' 12" de longitude, é limitado a sul pelo distrito de Moamba, a leste e sudoeste pelo distrito de Boane, a sul faz fronteira com a cidade de Maputo através do posto administrativo Katembe.¹

3.3. População e amostra

Toda questão de pesquisa define um universo de objectos aos quais os resultados do estudo deverão ser aplicados. A população é o conjunto definido de elementos que possuem determinadas características (Gil, 2008). Deste modo, a população do presente estudo é composta por todos os jovens com idade compreendida entre os 19 a 24 anos, pois estes estão numa fase de transição da adolescência para a juventude e o seu crescimento e desenvolvimento biológico são fortemente influenciados pela interação de fatores genéticos, sociais e ambientais.

¹ <http://monografias.uem.mz/bitstream/123456789/361/1/2012%20-%20Mulungo%2c%20Ernesto%20Manuel%20Saete.pdf>

Por outro lado, a amostra é um subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características deste universo ou população (Gil, 2008). E para que as generalizações sejam válidas, as características da amostra devem ser as mesmas da população, isto é, que seja representativa.

Para este trabalho recorreu-se ao tipo de amostragem por conveniência. Segundo Mattar (2001), neste tipo de amostragem existe uma dependência, pelos menos em parte, do julgamento do pesquisador para a selecção dos elementos da população para compor a amostra. Neste estudo foram atingidos 8 jovens com idades compreendidas entre os 19 aos 24 anos.

Para a participação no estudo, foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: ser aluno da Escola Secundária Zona verde, ser jovem ou em fase de transição para juventude, isto é, dentre 19 aos 24 anos de idade.

E os critérios de exclusão foram: não ser aluno da Escola Secundária Zona verde, não estar entre a faixa etária dos 19 aos 24 anos de idade. Escolheu-se a faixa etária dos 19 aos 24 anos porque estes estão numa fase de transição da adolescência para a juventude e o seu crescimento e desenvolvimento biológico são fortemente influenciados pela interação de fatores genéticos, sociais e ambientais.

3.4. Técnica de recolha de dados

Para este estudo foi usada a entrevista para o processo de recolha de dados. É uma técnica baseada em conversa, onde o investigador se apresenta frente ao investigado, munido de uma colecção de questões e anotações, com o objectivo de obter os dados que interessam a investigação (Gil, 2008).

A entrevista permite relacionar sentimentos, valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados. Permite também a compreensão em profundidade, é flexível com facilidade de adaptação e obtenção de maior número de respostas, possibilita captar a expressão corporal e a tonalidade de voz do entrevistado (Marconi & Lakatos, 2007).

Para o estudo, pretende-se adoptar o tipo de entrevista semiestruturada. De acordo com Siena (2007), ajuda a definir e aprofundar as áreas a serem exploradas através de uma especial conversação em ambiente aberto, que proporciona a espontaneidade do entrevistado em expor as suas opiniões. Esta modalidade de entrevista tem como vantagens produzir melhor a amostra

da população de interesse, permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados, e permite a elasticidade quanto à duração.

3.5. Técnica de análise de dados

Os dados serão colhidos, transcritos e compilados no relatório preliminar mediante a utilização do método qualitativo de análise de dados (análise de conteúdo), far-se-á uma análise descritiva do conteúdo em discurso e definição de categorias por divergências e semelhanças das respostas e em seguida far-se-á uma análise pessoal confrontado a entrevista e fundamentação referencial dos outros autores obedecendo três etapas conforme Bardin (2009):

- ✓ **Primeira etapa:** pré-análise (organização dos dados colectados e leitura superficial do material transcrito), com base nos objectivos da pesquisa.
- ✓ **Segunda etapa:** exploração do material (organização dos dados em grupos de sentido). Com os dados transcritos, fez-se uma leitura. Em seguida, passa-se a escolha de categorias para estabelecer relação entre os dados recolhidos com os objectivos da pesquisa. As respostas dadas pelos entrevistados foram organizadas consoante as perguntas de pesquisa de modo a facilitar a análise das mesmas.
- ✓ **Terceira etapa:** análise da informação obtida (tratamento dos resultados e sua interpretação). Nesta etapa foi feita a leitura e interpretação dos resultados e uma análise reflexiva e crítica dos dados procurando analisar as percepções dos jovens sobre a construção da beleza e o desenvolvimento do Transtorno Dismórfico Corporal.

3.6. Questões éticas

Para a realização deste estudo foram tomadas em conta algumas questões éticas, tais como:

- ✓ Solicitação da credencial ao Registo Académico da Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane para a identificação da pesquisadora. Em seguida, foi feito o pedido de autorização a direcção da Escola Secundaria da Zona verde para o processo de recolha de dados (Vide Anexo A);
- ✓ Os jovens foram informados acerca do estudo e dos seus objectivos;
- ✓ Para garantir o anonimato, criou-se códigos para a identificação dos participantes: J1, J2, J3, J4, J5, J6, J7, J8.
- ✓ Por tratar-se de um tema que envolve questões relacionadas à autoestima, considerou-se que são sensíveis abordá-las, sendo mais fácil que as pessoas abordem-nas de forma

aberta com sujeitos do mesmo contexto. Portanto, este facto serviu como forma de melhorar a interacção e encorajar ao diálogo aberto e sem tabus.

3.7.Limitações do estudo

Durante o estudo foram evidentes algumas limitações como: indisponibilidade de jovens para participar no estudo alegando falta de tempo. No entanto, desde já importa realçar que o estudo foi realizado com jovens de uma única Escola, assumindo a característica de estudo de caso, razão pela qual os seus resultados não podem ser generalizados.

CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo passou a descrever os resultados encontrados através da entrevista feita aos jovens, bem como a sua interpretação tendo em conta a ordem dos objectivos propostos para este estudo. Sempre que possível, faz-se a comparação dos resultados deste estudo com os anunciados em outras pesquisas, além, de comentários que reflectem o posicionamento e análises do autor (cruzamento com a literatura).

4.1. Caraterização dos participantes da pesquisa

Tabela 2 - Caraterização dos participantes da pesquisa

Participantes da pesquisa					
Participante	Sexo	Idade	Nacionalidade	H. Literárias	Profissão/ocupação
J1	F	19	Moçambicana	12 classe	Estudante
J2	F	20	Moçambicana	11 classe	Estudante
J3	F	24	Moçambicana	12 classe	Estudante e cabelereira
J4	M	20	Moçambicano	12 classe	Estudante e mecânico
J5	F	21	Moçambicana	12 classe	Estudante
J6	M	23	Moçambicano	11 classe	Estudante
J7	F	24	Moçambicana	12 classe	Estudante e confeitadeira
J8	F	22	Moçambicana	10 classe	Estudante e secretaria de lar

4.2. Principais factores que contribuem para a insatisfação pela própria imagem nos jovens

O primeiro objectivo desta pesquisa consistiu em identificar os principais factores que contribuem para a insatisfação pela própria imagem nos jovens. A tabela do Anexo B mostra os dados tal como foram colhidos, com vista a satisfação do primeiro objectivo.

No que diz respeito a pergunta 1 os dados revelam que todos jovens recebem frequentemente elogios, embora alguns (J5 e J6), nem sempre e poucas vezes. Os dados revelam também que os entrevistados tem em comum o facto de receber elogios mais de familiares, amigos, desconhecidos e redes sociais, entretanto, os entrevistados (J1 e J2), relataram que somente tem recebido elogios de amigos e familiares.

Outra pergunta que foi objecto de pesquisa esteve relacionada com a preocupação com aparência física em situações sociais com colegas, familiares ou amigos. Os entrevistados (J7 e

J8), afirmaram que não estão preocupados com a sua aparência física. Entretanto, o restante (J1 – J6), afirmaram que tem uma preocupação constante com a sua aparência física, pior quando estão inseridos em situações sociais com amigos e colegas.

A preocupação com a aparência física em situações sociais leva-nos a levantar o **factor social** como um contribuinte sério na construção e insatisfação com a própria imagem nos jovens, pois, nos dias atuais a preocupação com a estética do corpo e da aparência ganhou valor na sociedade.

De acordo com Carabresi (2004), em muitos momentos a maneira como esse corpo e aparência se apresentam acaba julgada pelos outros, tendo dois adjetivos sólidos que podem estar recheados de duas nuances: bonito e feio. E claro, os jovens atuais fazem de tudo para fazer parte da primeira classificação, porém, é duvidoso porque sempre depende do julgamento do outro.

No que diz respeito sobre a preocupação com alguma parte do corpo que considera feia ou sem atrativos, alguns (J2 e J4), afirmaram que não tem nenhuma preocupação. Ao passo que a maioria foi clara ao afirmar que estão preocupados com a sua deficiência (J1); outros com o tamanho da sua barriga (J3, J4 e J7); outros com a sua aparência física porque consideram-se muito gordos (J6); e outros pelo tamanho do nariz e pernas finas (J8).

As respostas desta natureza fazem-nos levantar o **factor físico** com influenciador da insatisfação com a própria imagem nos jovens. Desta forma, ao levantar o factor físico estamos falando exatamente da preocupação com o corpo, pois *“trata-se do suporte da identidade do indivíduo, ou seja, a estrutura base que estabelece as relações do ser com o meio e com os outros”* (Araújo e Leorato, 2013).

Na sociedade atual, tanto as mulheres quanto os homens estão lidando com a mesma intensidade de pressão para adquirir uma forma física perfeita. De acordo com Padilha e Benassi (2020), a preocupação exagerada com o corpo perfeito vai além da sedução e do prazer de ser admirado ou elogiado, mas sim está mais relacionada a obrigação social de bem-estar, porque já é propagado na mente dos jovens que o corpo perfeito é um dever.

Ainda no factor físico alguns entrevistados (J3, J5, J6, J7 e J8), foram mais profundos ao relatar que para esconder os seus defeitos tem usado como fuga as roupas e maquiagens. As roupas e as maquiagens funcionam como um artifício para o alcance de aspectos mais atraentes do corpo.

Desta forma, roupas que escondem defeitos, sapatos que deixam as baixinhas mais altas, óculos que escondem olheiras, entre outros, fazem com que os jovens adquiram autoconfiança, aumentem sua autoestima e sentem-se seguros, poderosos, atraentes e sedutores/as (Calabresi, 2004).

Perguntou-se também se alguma vez já viram o corpo perfeito que desejam ter. as respostas a esta pergunta forma diversificadas, pois, por um lado uns (J2, J3 e J4), afirmaram que nunca e ainda não viram o corpo perfeito que desejam ter. por outro lado, (J1, J5, J8, J6 e J7), afirmaram que já viram o corpo perfeito que desejam ter em filmes, novelas e redes sociais.

As respostas destes últimos chamou bastante atenção, visto que revela o papel do factor midiático na insatisfação da imagem nos jovens. A imagem corporal é influenciada por diversos factores. Para Lira *et al* (2017), os mais importantes são a família, amigos e mídias. Sendo as mídias digitais, os meios de comunicação social, os de mais forte influência sob os jovens.

Portanto, o corpo mais exibido nas redes sociais, nas novelas, nos filmes é aquele corpo fitness, magro e bem definido, sendo o ideal de corpo mais desejado por jovens usuários de redes.

De acordo com Serra e Santos (2003), a mídia atual caracteriza-se pelo poder de produzir sentidos, projeta-los e legitima-los dando visibilidade aos fenômenos que noticiam. Assim, ele produz padrões de consumo e modelos de beleza os quais, por vezes, não são coerentes entre si.

Ademais, o consumo da internet é um fenômeno que aumenta a cada dia e em paralelo, cresce a idealização do corpo perfeito. No entanto, as informações acerca da imagem corporal ditadas pela mídia e desejadas no mundo atual se diferem das possibilidades reais dos indivíduos, uma vez que a imagem corporal real é consequência de questões de ordem biológica, afectiva e social (Costa, 2013).

As mídias digitais podem ser descritas como fonte de informação sobre a beleza e forma física, principalmente nas redes sociais que são grandes influenciadores. Na compreensão de Lira *et al* (2017), a nova geração já nasce na era digital, onde é normal buscar dúvidas corriqueiras ou desconforto para descontentamentos.

Portanto, nas mídias digitais os corpos perfeitos circulam constantemente, assim, os jovens vê e acreditam que é uma versão da realidade. Desta forma, não alcançar tais corpos pode resultar em insatisfação consigo mesmo.

Outro facto que mereceu atenção é a questão da influência da situação financeira na sua aparência física atual. Dos entrevistados, por um lado (J3, J4 e J8), afirmaram que a sua situação financeira não influencia na sua aparência. Por outro lado, os entrevistados (J1, J2, J5, J7 e J6), afirmaram que a sua situação financeira influencia diretamente na sua aparência física atual.

Estes pronunciamentos levam-nos a levar em conta o **factor económico** como outro influenciador na insatisfação com a própria imagem nos jovens. De acordo com Bandeira (2022), a insatisfação com a própria imagem nos jovens é associada ao factor financeiro, quando estes se vê impossibilitados de aderir a recursos que na sociedade garantem o corpo ideal.

O factor financeiro é que implica na não ida ao ginásio, na não compra de maquiagens, roupas, bijuterias, a não realização de procedimentos cirúrgicos, entre outros.

Portanto, na percepção da sociedade atual, a aparência e o corpo perfeito são uma forma de se potencializar. A busca da idealização corporal serve como divisor social, pois os gastos excessivos com dietas, roupas, cosméticos, cirurgias, academias e *personal trainers* proporcionam status diante da sociedade, assim como exerce vantagens nas relações sociais (Padilha & Benassi, 2018).

4.3. Comportamentos específicos de portadores do Transtorno Dismórfico Corporal

No segundo objectivo propôs-se descrever os comportamentos específicos de portadores do Transtorno Dismórfico Corporal. No entanto, na tabela do Anexo C apresentam-se os dados obtidos na entrevista referente a este objectivo.

Para descrição dos comportamento específicos dos portadores do TDC procuramos confrontar as respostas dos entrevistados com os critérios de diagnóstico do TDC segundo a DSM-5.

Em primeiro lugar questionamos a frequência com que tem se observado no espelho. Os entrevistados responderam, embora de maneira diversificada, que usam com muita frequência o espelho, ou seja, o espelho faz parte da condição das suas práticas no seu quotidiano.

Esta característica vem confirmar aquilo que é o critério B do diagnóstico do TDC segundo o qual *“em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo apresenta comportamentos repetitivos como por exemplo a verificação no espelho e a busca por reassseguramento”* (APA, 2014).

Ainda nesta questão, um aspecto que chamou-nos atenção foi a resposta do entrevistado J6, segundo o qual evita o espelho porque tem vergonha do seu corpo e que o seu corpo é diferente

do corpo dos outros. Entretanto, podemos dizer que este indivíduo sofre de TDC porque tem uma concepção negativa do seu corpo.

De acordo com Padilha & Benassi (2018), aquilo que pensamos e sentimos acerca da nossa imagem, isto é, a autoimagem corporal pode ser negativa ou positiva. Neste caso, é negativa porque o indivíduo se sente insatisfeito e infeliz com o seu corpo e fere a construção da autoestima.

Os entrevistados, através da pergunta 11, relataram que se preocupam com o que as outras pessoas podem observar, falar e gozar a respeito da sua aparência. Durante o dia abandoam as suas atividades normais para se concentrar na sua aparência física.

No entanto, estes comportamento podem ser encontrados no critério C do diagnóstico de TDC segundo qual *“os indivíduos com TDC tem uma preocupação com a sua aparência que causa sofrimento clinicamente significativo que chega a prejudicar a área ocupacional”* (APA, 2014).

Os entrevistados (J7 e J8), ao reconhecer que este comportamento é normal e que já virou habito estão enquadrados no critério D do diagnóstico de TDC, onde há uma baixa percepção, pois eles aceitam que os seus comportamentos estão associados com o TDC.

Na pergunta 13 questionou-se sobre se a sua aparência física lhe causa raiva, impaciência ou agressividade. Os entrevistados (J1, J2, J3 e J8), foram categóricos ao afirmar que não. Por outro, os entrevistados (J6, J6 e J7), afirmaram que sim, a sua aparência física lhes causa desconforto.

Segundo o critério D do diagnóstico do TDC, no que diz respeito a dismorfia muscular, *“o indivíduo está preocupado com a ideia de que a sua constituição física é muito pequena ou apresenta insuficiência muscular”* (APA, 2014).

Segundo o critério de diagnóstico de TDC, um dos comportamentos típicos de pessoas com TDC é a comparação dos seus corpos com os outros. No entanto, os participantes deste estudo quando questionados sobre este assunto, revelaram que comparam seus corpos com as celebridades das redes sociais, novelas e TV's.

De acordo com Lira *et al.* (2017), quando um indivíduo compara incansavelmente ou deseja a todo custo ter uma forma física como a de uma celebridade sofre de TDC, pois isto provoca um sofrimento significativo no âmbito social, laboral e econômico.

4.4. Conhecimentos teóricos em relação aos avanços terapêuticos no tratamento aos jovens portadores de Transtorno Dismórfico Corporal.

Na compreensão de Ramos (2004), antes de se iniciar o tratamento é de fundamental importância estabelecer uma aliança terapêutica com o doente, bem como educar este sobre o que é o TDC e as implicações do seu tratamento.

Entretanto, esta tarefa é muitas vezes difícil, dado que uma grande maioria dos doentes resiste ao diagnóstico, acreditando que a sua deformidade é real, e não reconhecendo que as suas crenças se devem a uma doença psiquiátrica tratável.

4.4.1. Farmacoterapia

A farmacoterapia do TDC baseia-se, actualmente, nos inibidores selectivos da recaptação da serotonina – ISRSs (*selective serotonin-reuptake inhibitors*), considerados a primeira escolha no tratamento desta patologia. Estes fármacos, que pertencem à categoria dos antidepressivos, são também capazes de diminuir os pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos (Ballone, 2008).

Para o caso do nosso estudo pode-se aplicar o ISRSs aos jovens que estão obcecados com a sua aparência física ao ponto de abandonar as suas atividades normais para se concentrar na sua aparência física (J1, J2, J3, J4 e J5); aos jovens (J1, J2 e J5), que frequentemente tem comportamentos obsessivos compulsivos na medida em que apresentam comportamento de ritualísticos como observar-se no espelho frequentemente a todo custo.

Aos jovens (J6 e J5), que apresentam comportamentos de isolamento social devido a sua forma física e que tem ideias exageradas e irracionais sobre o seu corpo.

Os ISRSs vai ser útil aos jovens com esta doença psiquiátrica (TDC), na medida em que oferecem um estratégia bem apoiada e baseada com evidencias que podem melhorar significativamente os sintomas e o funcionamento. Os ISRSs são uteis como monoterapia e produzem efeitos positivos para ansiedade, depressão e comportamentos obsessivos compulsivos que são próprios de indivíduos que padecem do TDC.

Ademais, são o medicamentos que podem ser usados no combate a várias outras patologias psiquiátricas, como depressão major, distúrbio de pânico, fobia social, distúrbio de stress pós-traumático, hipocondríase, bulimia, entre outros. Os ISRSs podem também ter um efeito benéfico sobre a impulsividade e a ansiedade, e por vezes também sobre a agressividade e

nociceção. Dentro desta categoria de fármacos, compreendem-se substâncias como o citalopram, escitalopram, fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina e clomipramina, entre outras.

Os ISRSs constituem o grupo terapêutico melhor estudado para o tratamento do TDC. Até à data, todos os estudos com ISRSs no tratamento do TDC mostram que uma grande maioria dos doentes mostra melhoria significativa dos sintomas.

O aparecimento de pequenos estudos, que sugeriram inicialmente uma resposta positiva com o uso de fluoxetina e clomipramina levou ao desenvolvimento de séries clínicas em maior escala e, subsequentemente, de estudos abertos rigorosos, com uso de medidas de prognóstico standardizadas, calendários de titulação de dose específicos, avaliação a intervalos definidos, e outras metodologias standard de ensaios clínicos (Ballone, 2008).

4.4.2. **ISRSs no tratamento do TDC em adolescentes e jovens**

Os ISRSs parecem também ser eficazes para tratamento do TDC em adolescentes e jovens, embora os dados disponíveis sejam limitados. Um estudo por Albertini e Phillips (1999), que analisou uma série de 33 adolescentes e jovens com TDC, verificou que 53% destes, tratados com ISRSs, mostraram uma melhoria significativa da sintomatologia (Conrado, 2009).

Ainda, 13 dos 22 doentes tratados com ISRSs receberam esquemas terapêuticos desenvolvidos pelos autores do estudo, com uma taxa de resposta de 62%; crê-se que esta diferença possa estar relacionada com o facto de os autores usarem doses superiores de fármaco, em relação aos restantes médicos (Ballone, 2008).

Também neste estudo, se verificou que outros tipos de fármacos, que não ISRSs (haloperidol, perfenazina, imipramina, carbamazepina, clonidina, lítio, metilfenidato e dextroanfetamina), não foram eficazes no tratamento do TDC.

4.4.3. **Terapia Cognitivo-Comportamental**

No que diz respeito à terapia cognitivo-comportamental (TCC), os estudos disponíveis, embora em número reduzido, têm apresentado resultados positivos. De uma forma geral, a TCC inicia-se com educação sobre a doença, seguida de intervenções cognitivas e comportamentais.

No entanto, Phillips (2019), explica-nos que a vertente cognitiva tem o seu ponto de foco na identificação das crenças mal adaptativas do doente, procurando avaliar a veracidade dessas crenças e ajudar o doente a desenvolver crenças mais realistas, enquanto a vertente

comportamental se centra na exposição e prevenção de resposta, um processo gradual em que o doente é exposto a situações causadoras de ansiedade, ao mesmo tempo que se procura evitar que este proceda a comportamentos ritualísticos ou evitantes, com o objectivo de diminuir a sua ansiedade.

Num estudo realizado por Rosen *et al.*, 54 mulheres foram aleatoriamente separadas em dois grupos, tendo um recebido TCC e o outro não; verificou-se que o grupo que recebeu TCC apresentou uma melhoria significativa dos sintomas de TDC e de sintomas depressivos, bem como um aumento da auto-estima (Santos, 2010).

Estudos semelhantes, envolvendo TCC, embora com diferentes esquemas (incluindo terapia individual ou de grupo, com frequência e duração das sessões variável, bem como diferentes períodos de tratamento), foram unânimes em considerar que esta modalidade de tratamento é benéfica nos doentes com TDC (Phillips, 2019).

A terapia cognitivo-comportamental também abrange outros elementos como retreinamento perceptual e treinamento de reversão de hábitos de dermatotilexomania ou tricotilomania, se presentes. O treinamento de reversão de hábitos inclui:

- ✓ Treinamento de conscientização (p. ex: automonitoramento, identificação dos gatilhos para o comportamento);
- ✓ Controle de estímulos (modificar as situações, p. ex: evitando gatilhos para reduzir a probabilidade de deflagrar o comportamento);
- ✓ Treinamento de resposta alternativa ou competitiva (ensinar os pacientes a substituírem os rituais por outros comportamentos, como cerrar os punhos, fazer tricô ou crochê ou sentar sobre as próprias mãos, para o comportamento excessivo).

Para esta pesquisa encontramos indivíduos (J6), que tem uma visão pessimista sobre o seu corpo; jovens com comportamentos compulsivos que em algum momento podem ser realistas ou disfuncionais. Os J6 e J5, revelaram que a sua aparência física lhes causa algum tipo de raiva e agressividade. No entanto, para estes casos a TCC é muito importante visto que pode elaborar um plano de acção com os jovens focado na exposição e na prevenção de recaídas.

A TCC, através das técnicas da psicoeducação, interações cognitivas, engajamento de paciente, reeducação perceptual, exposição e prevenção ritual, prevenção de recaída pode reeducar estes jovens na percepção da sua imagem corporal em relação a crenças disfuncionais.

Portanto, assumindo que estes jovens (J1-J8), sofrem de ansiedade e de comportamento compulsivo, que são próprios do TDC, é preciso um trabalho psicoeducativo e o registro de pensamentos automáticos disfuncionais que prejudica a construção da autoestima nos jovens. Ademais, este trabalho psicoeducativo vai ajudar na reconstrução cognitiva que vai ajudar a ampliar, aos poucos, os recursos de enfrentamento do TDC nos jovens.

O treino de habilidades sociais também deve ser contemplado, visto que estes jovens alcançam grande nível de ansiedade quando entram em contato com as outras pessoas e quando estão em situações de exposição.

Portanto, como a maioria dos pacientes tem pouco ou nenhum senso crítico, muitas vezes são necessárias técnicas motivacionais para aumentar seu engajamento e permanência no tratamento. Muitos especialistas acreditam que a combinação da terapia cognitivo-comportamental de rituais ao tratamento farmacológico seja melhor para os casos graves.

No entanto, tratam-se de estudos com um pequeno número de doentes, e são necessários estudos sistematizados em larga escala para se poder avaliar a real eficácia da TCC, bem como definir aspectos importantes, como o número de sessões necessárias, e a duração óptima de tratamento. Ademais, não existe nenhum estudo comparativo sobre a eficácia da farmacoterapia em relação à TCC. Uma meta-análise por Santos (2010), concluiu que a TCC poderá ser mais eficaz que a farmacoterapia.

No entanto, os estudos farmacológicos apresentados nesta meta-análise eram estudos controlados, em que os participantes desconheciam qual o tratamento que estavam a fazer, sendo que neste tipo de estudos, as taxas de resposta são frequentemente menores do que as verificadas em estudos não controlados. Por outro lado, nos estudos de TCC analisados, os participantes tinham conhecimento do facto de estarem a fazer TCC, e os estudos eram globalmente menos rigorosos em termos metodológicos (Rosa, 2010).

Assim, a escolha por uma ou outra opção terapêutica depende de múltiplos factores, como a preferência do doente e a sua motivação para o tratamento e a acessibilidade e disponibilidade de técnicos capazes de fazer TCC. De acordo com Ramos (2004), as duas modalidades não são mutuamente exclusivas, e a sua associação pode ser uma mais-valia no tratamento destes doentes, potenciando a eficácia de ambas.

4.4.4. **Tratamentos Não-Psiquiátricos**

Ainda no que se refere ao tratamento do TDC, é importante também discutir os tratamentos cosméticos. A sua eficácia no tratamento desta patologia é um ponto cuja investigação sistemática é dificultada, por razões de ordem metodológica e ética. Assim, os estudos disponíveis provêm de descrições de casos clínicos e de estudos retrospectivos; estes indicam que, de um modo geral, os tratamentos cosméticos, com vista à melhoria da aparência estética, não resultam em qualquer alívio dos sintomas de TDC (Santos, 2010).

No estudo por Crerand et al. (2005), apenas 3,6% de todos os procedimentos estéticos efectuados resultou em melhoria dos sintomas dismórficos; dentre os doentes que referiram melhoria, alguns desenvolveram posteriormente ansiedade e preocupação com a duração da melhoria estética (Santos, 2010).

Alguns indivíduos desenvolveram novas preocupações com outros aspectos da sua aparência após o tratamento, o que está em concordância com o carácter migratório do defeito percebido, que se observa por vezes nestes doentes (Santos, 2010).

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS

No primeiro objectivo deste trabalho propôs-se identificar os fatores que contribuem para a insatisfação pela própria imagem nos jovens. Deste objectivo constatou-se que a insatisfação corporal é devido a modernização, pelos comportamentos inadequados em relação ao exercício físico e hábitos alimentares não saudáveis e mudanças de vida, levando assim a um aumento de peso corporal e consequentemente tendo um aumento dessa insatisfação corporal. A juventude é marcada pelas alterações físicas, e os jovens levam em consideração a aceitação com seu próprio corpo frente a sociedade e grupos de amigos.

No segundo objectivo propôs-se a descrever os comportamentos específicos de portadores do Transtorno Dismórfico Corporal. A abertura para o alcance deste objectivo fundamenta-se na seguinte premissa: O que os jovens pensam e sentem acerca da sua imagem, isto é, a autoimagem corporal pode ser negativa ou positiva. Neste caso, é negativa porque o indivíduo se sente insatisfeito e infeliz com o seu corpo e fere o entendimento da sua beleza e a construção da autoestima.

Portanto, é dentro desta negatividade que situa-se o Transtorno Dismórfico Corporal que é um diagnóstico psiquiátrico caracterizado em indivíduos que possuem preocupação excessiva e intensa com alguns defeitos ou imperfeições inexistentes ou sutis que acabam afetando negativamente a vida do indivíduo, gerando angustias e tristezas.

No terceiro objectivo procurou-se propor conhecimentos teóricos em relação aos avanços terapêuticos no tratamento aos jovens e adolescentes portadores de Transtorno Dismórfico Corporal. Entretanto, no âmbito do tratamento do TDC encontramos a farmacoterapia que está baseada nos inibidores selectivos da recaptação da serotonina: ISRSs, considerados a primeira escolha no tratamento desta patologia. Estes fármacos, que pertencem à categoria dos antidepressivos, são também capazes de diminuir os pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. A TCC, que através das técnicas da psicoeducação, interacções cognitivas, engajamento de paciente, reeducação perceptual, exposição e prevenção ritual, prevenção de recaída procura reeducar os indivíduos na percepção da sua imagem corporal e na mitigação de crenças disfuncionais.

Portanto, o correto diagnóstico e tratamento do TDC pode melhorar a autoestima e qualidade de vida dos pacientes de forma mais eficaz e novos estudos devem ser desenvolvidos para averiguar questões frente à hiperconectividade e a dependência tecnológica que possuem até o momento poucos estudos concluídos sobre os seus impactos.

Enfim, cabe aos profissionais da área da saúde se atentarem para as queixas de seus pacientes e efetivarem uma avaliação minuciosa sobre a necessidade de interferências através de procedimentos estéticos, bem como estabelecer um diálogo com equipes multidisciplinares em colaboração com psicólogos e psiquiatras para que, juntos consigam fornecer tratamento adequado e eficaz, possibilitando que estes pacientes voltem a ter uma melhor qualidade de vida.

4.5.Sugestões e recomendações

Quanto às limitações deste estudo, primeiro lugar, destaca-se a escassez de pesquisas empíricas que ligam o Transtorno Dismórfico Corporal e a construção da beleza na população jovem. Por outro lado, é importante abordar as desigualdades no tamanho da amostra dos estudos entre homens e mulheres e a variedade de instrumentos de medição utilizados.

Portanto, neste estudo sugere-se a realização de estudos mais longitudinais para compreender dinamicamente a relação entre a construção da beleza e o Transtorno Dismórfico Corporal em Jovens.

Enfim, recomenda-se explorar intervenções específicas para mitigar os efeitos negativos da percepção da autoimagem dos jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, D. C.; Leoratto, D. (2013). *Alterações da Silhueta Feminina: A Influência da Moda*. Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Florianópolis.
- Associação Americana de Psicologia - APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Ballone, G. J. (2008). *Transtorno Dismórfico Corporal e Muscular*.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. 70ª. ed. São Paulo, LTD.
- Borba, T. J. (2011). *A Reflexão Sobre a Influência da Estética na Autoestima, Automotivação e Bem-estar do ser humano*. Universidade do Vale do Itajaí –Univali, Florianópolis.
- Borba, T. J; Thives, F. M. (2011). *Uma Reflexão Sobre a Influência da Estética na Autoestima, Automotivação e Bem-estar do ser humano*. Universidade do Vale do Itajaí – Univali, Florianópolis.
- Borsoi, B. G. & Guimarães, R. B. (2019). *Impactos sociais das cirurgias plásticas e a saúde de meninas jovens*. Blumenau: Instituto Federal Catarinense.
- Calabresi, C. A. (2004). *Com que corpo eu vou? A beleza e a performance na construção do corpo midiático*. Rio Claro: Estado de São Paulo-Brasil.
- Cash, F. (2002). *Perspectivas cognitivo-comportamentais sobre a imagem corporal. Imagem corporal: um manual de teoria, pesquisa e prática clínica*. Revista Brasileira de Psiquiatria.
- Ceschini, F. L.; Júnior, A. F. (2006). *Nível de Atividade Física de Adolescentes Durante o Ensino Médio*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde.
- Conrado, L. A. (2009). *Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos*. An Bras Dermatol. Educação médica continuada.
- Costa, S. B. Da. (2013). *O corpo e a imagem corporal em adolescentes: um estudo numa escola pública no bairro de Jurujuba-Niterói RJ*. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense.

- Cubrelati, B. S. et al. (2014). *Relação entre Distorção de Imagem Corporal e Risco de Desenvolvimento de Transtornos Alimentares em Adolescentes*. Campinas.
- Damasceno, V. O. et al. (2006). *Imagem corporal e corpo ideal*. Revista brasileira Ciência e Movimento.
- Dumith, S. C. (2012). *Insatisfação corporal em adolescentes: um estudo de base populacional*. Pelotas, RS.
- Falqueto, J. & Farias, J. (2016). *Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração*. 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (Relatório de Pesquisa/2016), Brasília, Brasil.
- Fleitlich, B.W. (1997). *O papel da imagem corporal e os riscos de transtornos alimentares*. Pediatria Moderna.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6ª ed). São Paulo. Atlas.
- Hall, M. (2009). *Factores de insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino*. Rio de Janeiro: Editora Rios.
- Leal, V. C. (2008). *O corpo, a cirurgia estética e a Saúde Coletiva: um estudo de caso*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro – RJ.
- Lira, A. G. et al. (2017). *Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2007). *Técnicas de Pesquisa*. 6ª ed. São Paulo: Atlas.
- Monteiro, A. C. (2003). *Espelho, espelho meu: percepção corporal e categorização nosográfica no transtorno dismórfico corporal*. (Dissertação de Mestrado), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Mulungo, E.M. (2012). *Momentos Liminares: Um estudo sobre a (re)construção das identidades dos imigrantes oriundos dos Grandes Lagos no bairro Zona Verde*. Trabalho de conclusão do curso de licenciatura em Antropologia na Universidade Eduardo Mondlane.
- Osman, T.; et al. (2013). *Os aspectos psiquiátricos das doenças de pele*. Rio de Janeiro: Editora Rios.

- Padilha, C. R.; Benassi, R. A. (2018). *A relação entre o conceito de beleza na construção da autoestima e o desenvolvimento do transtorno dismórfico corporal*.
- Pereira, E. F. et al. (2011). *Percepção da imagem corporal e nível socioeconômico em adolescentes: revisão sistemática*.
- Pereira, F. (2002). *Um ensaio etnográfico sobre as representações de corpo feminino entre mulheres de camada média*. Recife: Universidade Federal do Pernambuco.
- Phillips, K. (2019). *Entendendo o transtorno dismórfico corporal*. Recife: Universidade Federal do Pernambuco.
- Ramos, K. P. (2004). *Transtorno dismórfico corporal: escala para profissionais da área da saúde*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Resnick, M. D. et al. (2006). *Protegendo os adolescentes contra danos: Conclusões do Estudo Longitudinal Nacional sobre Saúde do Adolescente*. Rio de Janeiro: Editora Rios.
- Rosa, B. (2010). *Dismorfia muscular, imagem corporal e comportamentos alimentares em duas populações masculinas*. Rev. Marrow. Santiago Chile.
- Santos, S. F. (2010). *Distúrbio Dismórfico Corporal*. Artigo De Revisão.
- Serra, G. A.; Santos, E. M. (2003). *Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito*. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo.
- Siena, O. (2007). *Metodologia da pesquisa científica: Elementos para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos*. Porto Velho: Departamento de Administração – UNIR.
- Veale, D. & Matsunaga, H. (2014). *Transtorno dismórfico corporal e transtorno de referência olfativa*. Revista Brasileira de Psiquiatria.
- Veja, R. V. (2005). *Geração Vaidade*. Revista Brasileira de Psiquiatria.
- Vigarrello, G. (2006). *História da beleza*. Rio de Janeiro: Editora Rios.
- Witt, J. Z.; Scheider, A. P. (2011). *Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional*.
- Wolf, N. (2018). *O mito da Beleza*. 17. Ed. Rio de Janeiro – RJ: Rosa dos Tempos.

APÊNDICE

Guião de entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA RELATIVO AS PERCEPÇÕES DOS JOVENS SOBRE A CONSTRUÇÃO DA BELEZA E O DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Prezado participante,

Provavelmente que neste momento tenha suas prioridades pessoais, por isso, venho por este meio solicitar a sua valiosa colaboração na realização do presente trabalho académico de fim de curso de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitaria, efectuado por uma estudante da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), cujo objectivo é analisar as percepções dos jovens sobre a construção da beleza e o desenvolvimento do Transtorno Dismórfico Corporal.

No acto da entrevista, o seu discurso será gravado e o material será destruído logo após a sua transcrição, evitando o acesso de outras pessoas ao mesmo. De modo a proporcionar espontaneidade e total confidencialidade ao participante, preservar a sua imagem e integridade, a entrevista pauta pelo anonimato. Deste modo, pede-se o seu consentimento em participar nesta pesquisa respondendo às seguintes perguntas:

Informação sóciodemográficos

1. Idade: _____
2. Sexo: _____
3. Habilitações literárias _____
4. Profissão/ocupação _____
5. Nacionalidade: _____

Principais fatores que contribuem para a insatisfação pela própria imagem nos jovens

1. Com que frequência tem recebido elogios?
2. Os elogios que tem recebido são de familiares, amigos ou redes sociais?
3. Você se preocupa mais com a sua aparência física quando em situações sociais com colegas, família ou amigos?

4. Como as tuas companhias tem lhe dado com a tua aparência física?
5. Você já esteve ou está atualmente preocupado com alguma parte do seu corpo que considera feia ou especialmente sem atrativos? Qual e porquê?
6. A tua identidade te identifica ou identifica os outros?
7. De que maneira você tenta esconder o seu defeito? com as mãos, maquiagem ou roupas?
8. Onde já viu o corpo perfeito que deseja ter?
9. Acha que a sua situação financeira influencia na sua aparência física atual?


Comportamentos específicos de portadores do Transtorno Dismórfico Corporal?

10. Com que frequência tem se observado no espelho?
11. Está preocupado com o que outras pessoas possam observar, falar ou gozar a respeito da sua aparência física?
12. Durante o dia tem abandonado as suas atividades normais para se concentrar na sua aparência física?
13. A sua aparência física lhe causa raiva, impaciência, agressividade, principalmente no relacionamento com parentes, amigos ou colegas?
14. Deseja ter um corpo perfeito do que esse que tem atualmente?
15. Compara a tua aparência física que aquelas que vê nas redes sociais, novelas, TV ou celebridades?

Obrigado pela atenção dispensada

ANEXOS

Anexo A: Credencial para recolha de dados

**Faculdade de Educação**

VISTO
28/08/2023

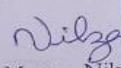
À
Escola Secundária da Zona Verde
Matola


N/ReP 992 /FACED/23 Maputo, 21 de Agosto de 2023

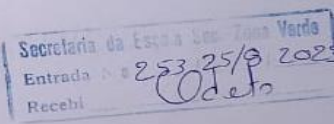
CREDENCIAL

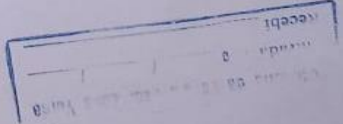
Para efeitos de realização da Monografia do final do curso na Vossa Instituição, está devidamente credenciada **Ercília Geraldo Paunde**, estudante finalista do curso de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária na FACED/UEM, para proceder a recolha de dados com objectivo de elaborar sua Monografia intitulada "**Análise dos Jovens Sobre a Construção da Beleza e o Desenvolvimento do Transtorno Dismórfico Corporal**".

Cordiais Saudações

A Directora Adjunta para a Graduação

Mestre. Nilza Aurora Turcisco César
(Assistente Universitária)







Av. Julius Nyerere, n.º 3453, Campus Principal, Tel.: (+258) 21 493313, Fax.: (+258) 21 493313
Maputo – Moçambique

Anexo B: dados referentes a fatores que contribuem para a insatisfação pela própria imagem nos jovens

Pergunta 1	Com que frequência tem recebido elogios?
J1	<i>Uma vez a outra, em casa, quando sai de casa pela sua maneira de vestir</i>
J2	<i>Tem recebido elogios várias vezes</i>
J3	<i>Muitas vezes</i>
J4	<i>Tem recebido elogios várias vezes</i>
J5	<i>Poucas vezes</i>
J6	<i>As vezes</i>
J7	<i>Recebo mais elogios na escola, de segunda a sexta uma a duas pessoas</i>
J8	<i>Muitas vezes, quase sempre que sai de casa</i>
Pergunta 2	Os elogios que tem recebido são de familiares, amigos, desconhecidos ou redes sociais?
J1 e J2	<i>Tenho recebido elogios de amigos e familiares</i>
J3	<i>Tenho recebido elogios de familiares, amigos, redes sociais e desconhecidos</i>
J4	<i>Tenho recebido elogios de familiares, amigos, redes sociais</i>
J5 e J6	<i>Familiares, redes sociais, amigos</i>
J7 e J8	<i>Amigos, redes sociais, familiares e desconhecidos</i>
Pergunta 3	Você se preocupa mais com a sua aparência física quando em situações sociais com colegas, família ou amigos?
J1	<i>Sim preocupo-me mais quando estou com meus amigos</i>
J2	<i>Claro que preocupo-me com a minha aparência física quando estou com colegas.</i>
J3 e J4	<i>Me preocupo sim com a minha aparência física, tenho que aparecer bonito/a perante as pessoas</i>
J5 e J6	<i>Sim... sim! pior quando com colegas e amigos</i>
J7 e J8	<i>Não me preocupo</i>
Pergunta 4	Como as tuas companhias tem lhe dado com a tua aparência física?
J1	<i>As pessoas próximas a mim dizem que tenho corpo bonito, tem outras que falam mal, pela sobre a minha forma de andar por causa da minha uma pequena deficiência no pé</i>
J2	<i>As pessoas dizem que sou muito magra e bonita</i>
J3	<i>Alguns dizem que sou gorda, alguns dizem que sou apresentável</i>
J4	<i>Dizem que sou bonito, tenho uma altura boa, tenho lábios bonitos</i>
J5	<i>Dizem que tenho corpo bonito, pele linda, olhos bonitos, testa grande</i>
J6	<i>Dizem que sou gordo</i>
J7	<i>Dizem que tendo em conta a minha idade tenho uma boa aparência, porque não aparento ter a idade que tenho, chamam-me de bonita, pretinha linda</i>
J8	<i>Dizem que tenho corpo lindo e que sou rabuda</i>
Pergunta 5	Você já esteve ou está atualmente preocupado com alguma parte do seu corpo que considera feia ou especialmente sem atrativos? Qual e porquê?
J1	<i>Bom, a parte do meu corpo que considero sem atrativo é o pé porque mudou a minha maneira de andar e praticamente me tornei deficiente</i>
J2 e J4	<i>Nao</i>
J3	<i>Sim, a minha barriga é feia e sem atrativos porque tenho problemas de estrias</i>
J5	<i>Sim. Minha barriga é muito grande... quando visto roupas Justas não ficam muito bem... as minha pernas também são feias e sem atrativos porque estão cheias de manchas por isso gosto mais de usar calças</i>
J6	<i>Sim. O meu corpo, acho que sou muito gordo</i>
J7	<i>Sim... A minha barriga é grande e minhas roupas não ficam bem</i>

J8	<i>Sim... meu nariz... acho que muito grande e feio... minhas pernas são muito finas.</i>
Pergunta 6	A tua identidade te identifica ou identifica os outros?
J1	<i>Sim, minha tonalidade de pele é igual a da minha mãe e dos meus irmãos;</i>
J2	<i>Na verdade, não me acho igual nem semelhante aos outros porque cada um tem o seu detalhe</i>
J3	<i>Não me acho igual a ninguém, porque cada um tem a sua beleza, eu sou igual a mim mesmo...</i>
J4	<i>Sim, acho que sou semelhante ao pai, na sua forma de andar, altura, cabeça</i>
J5	<i>Não sou igual nem semelhante aos outros, e o que me torna diferente é a barriga e as manchas nos pés.</i>
J6	<i>Não. A maioria das pessoas não querem ser gordas, nem eu. Então acho que ninguém se identifica comigo</i>
J7	<i>Não.</i>
J8	<i>Não sei.</i>
Pergunta 7	De que maneira você tenta esconder o seu defeito? com as mãos, maquiagem ou roupas?
J1	<i>Eu não escondo meus defeitos, embora tenha esse defeito no pé, gosto de me aceitar como eu sou</i>
J2	<i>Eu nunca desejei um corpo perfeito, acho que meu corpo é bonito para mim!</i>
J3	<i>Escondo os meus defeitos com a roupa, por exemplo eu não uso blusa por causa da minha barriga que é grande.</i>
J4	<i>Não escondo nada porque não tenho nenhum defeito</i>
J5; J6 e J7	<i>Escondo meus defeitos com roupas</i>
J8	<i>Meus defeitos eu fecho com maquiagem e roupa como vestidos longos, calças abertas em baixo</i>
Pergunta 8	Onde já viu o corpo perfeito que deseja ter?
J1	<i>O corpo perfeito que desejo ter já vi na novela, redes sociais, filmes</i>
J2	<i>Nunca vi o corpo perfeito que desejo ter</i>
J3	<i>Ainda não vi o corpo que desejo ter</i>
J4	<i>Não, porque mesmo sem dinheiro seria o que e hoje</i>
J5 e J8	<i>Redes sociais, e na zona</i>
J6 e J7	<i>Redes sociais e nos filmes</i>
Pergunta 9	Acha que a sua situação financeira influencia na sua aparência física atual?
J1	<i>A minha situação financeira influencia sim, com as roupas novas consigo me sentir mais atraente</i>
J2	<i>Influencia sim. Porque tem algumas coisas que pra fazer precisa de algum valor, como retocar cabelo, comprar roupas novas</i>
J3	<i>A minha situação financeira não influencia na minha aparência física porque quando eu quiser diminuir a barriga terei que fazer exercícios físicos em casa</i>
J4 e J8	<i>Não, porque mesmo sem dinheiro seria o que sou hoje</i>
J5 e J7	<i>Sim</i>
J6	<i>Sim, por causa dos hábitos alimentares que tenho o corpo que tenho hoje</i>

Anexo C: dados referentes a comportamentos específicos de portadores do Transtorno Dismórfico Corporal

Pergunta 10	Com que frequência tem se observado no espelho?
J1	<i>Sempre, piro quando saio do banho e quando que sair para rua, fazer compras. Também quando vou passear</i>
J2	<i>Tenho me observado no espelho quase sempre, uso espelho para observar minha pele lisa. Gosto muito de make up, então não tenho como evitar o espelho, na verdade gosto.</i>
J3	<i>Sempre me olho no espelho por causa do trabalho que ela faz, como cabeleira agora não tenho como contornar isso</i>
J4	<i>Muitas vezes, sempre quando saio de casa, quando me visto, quando saio do banho</i>
J5	<i>Diariamente e sempre, quando me visto, depois de fazer umas tranças novas, e sempre que lhe dá vontade</i>
J6	<i>Não me olho no espelho porque tenho vergonha do meu corpo, não tenho o corpo de pessoas normais.</i>
J7	<i>Todos os dias, ao acordar, quando acabo de fazer banho, quando entro no quarto, depois de fazer tranças</i>
J8	<i>Várias vezes, ao acordar, quando quero sair de casa, depois do banho</i>
Pergunta 11	Está preocupado com o que outras pessoas possam observar, falar ou gozar a respeito da sua aparência física?
J1	<i>Para ser sincera sim... vejo isso porque quando posto minhas fotos nas redes gosto mais de elogios nas minhas fotos... também adoro ser apreciada</i>
J2; J3; J4; J7 e J8	<i>Sim</i>
J5	<i>Sim me preocupa, por isso não uso roupas curtas por causa das manchas nas minhas pernas</i>
J6	<i>Me preocupa... quando as pessoas falam mal do meu corpo não me sinto a vontade com elas, prefiro ficar sozinho</i>
Pergunta 12	Durante o dia tem abandonado as suas atividades normais para se concentrar na sua aparência física?
J1; J2 e J3	<i>Claro que sim</i>
J4	<i>Claro, gosto de tirar foto. Por isso acho que as vezes abandono meus trabalhos normais para ver minha cara se estou bem ou não</i>
J5	<i>Sim, sempre</i>
J6	<i>Hummmmm nao</i>
J7	<i>Sim faço isso... ate acho que virou habito.</i>
J8	<i>Sim sim! esse é o meu normal, eu gosto de me cuidar</i>
Pergunta 13	A sua aparência física lhe causa raiva, impaciência, agressividade, principalmente no relacionamento com parentes, amigos ou colegas?
J1; J2; J3; J4 e J8	<i>Não</i>
J5	<i>Sim</i>
J6	<i>Claro</i>
J7	<i>Não, mas me causa um desconforto comigo mesma</i>
Pergunta 14	Deseja ter um corpo perfeito do que esse que tem atualmente?
J1	<i>Hiiii sim, gostaria de ter um corpo perfeito do que esse que tenho actualmente</i>
J2 e J4	<i>Sim... como das celebridades</i>
J3	<i>Hummm não. Acho que corpo perfeito não existe porque sempre existirá um defeito</i>
J5; J6 e J8	<i>Sim</i>
J7	<i>Sim. Minha barriga estraga tudo.</i>
Pergunta 15	Compara a tua aparência física que aquelas que vê nas redes sociais, novelas, TV ou celebridades?
J1; J2; J3 e J4	<i>claro</i>
J5	<i>Hiiii Sim... gosto muito da aparência das modelos de moda... tem peles bem lisas e a maneira de andar uiii... meu Deus!!!</i>
J6	<i>É claro... existem celebridades com um corpo muito bonito até nem parecem seres humanos</i>
J7	<i>Sim, com celebridades. Nas novelas tem mulheres deslumbrantes, quem me dera ser como elas</i>
J8	<i>Sim sim... gostaria de um dia ter corpo das celebridades</i>