

# Transtorno dismórfico corporal: implicações com a vivência da sexualidade saudável

**Sonia Maria Ferreira Koehler**

Centro Terapêutico Guaratinguetá, São Paulo, Brasil  
Psicóloga e Pedagoga  
Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.  
IPUSP.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5747-9580>  
E-mail: [soniakoebler@hotmail.com](mailto:soniakoebler@hotmail.com)

Este trabalho é distribuído sob uma licença  
*Creative Commons* - Atribuição 4.0 Internacional - CC BY



## Resumo

O presente artigo, com base em pesquisa bibliográfica, teve por objetivo revisar artigos sobre Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), articulados à imagem corporal e ao possível comprometimento com a qualidade de vida do indivíduo, objetivando contribuir com o entendimento da doença sob o ponto de vista social e psicológico, principalmente com a vivência da sexualidade saudável e evitar-se, assim, gerar baixa autoestima, comportamentos de ansiedade e isolamento social. A pesquisa mostrou que existem poucos trabalhos científicos publicados na língua portuguesa a respeito do TDC, mas que a terapia cognitivo-comportamental é um recurso eficaz para o tratamento da ansiedade e para o paciente identificar as distorções do comportamento decorrentes do transtorno. A partir do estudo feito, é possível considerar a necessidade do desenvolvimento de pesquisas na área psicológica e social que possibilitem o mapeamento de evidências clínicas para o reconhecimento e diagnóstico do TDC e a relação com disfunções na área da sexualidade.

Palavras chave: Transtorno dismórfico corporal. Distorção da imagem e sexualidade. Imagem corporal e vivência da sexualidade. Autoimagem

## Abstract

The present article, based on a bibliographical research, aimed to review articles about Body Dysmorphic Disorder (BDD), linked to the body image and how it jeopardizes the individual's quality of life, with the objective of contributing with the understanding of the illness from a social and psychological point of view, mainly with a healthy sexual experience, and to avoid generating low self-esteem, anxiety and social isolation. The research revealed a small number of published scientific works in Portuguese about BDD, however it showed that Cognitive-behavioral therapy is an effective resource for treating anxiety and for the patient to identify behavior distortions due to the disorder. It is possible to consider the need to develop researches in the psychological and social areas in a way that allows the mapping of clinical facts to acknowledge and diagnose BDD and the relation with dysfunctions related to the sexuality field.

Keywords: Body dysmorphic disorder. Image distortion and sexuality. Body image and Sexual experience. Self-image.

## Introdução

Dismorfia corporal ou Síndrome da Distorção da Imagem Corporal é hoje, reconhecido como um transtorno psicológico que faz com que o indivíduo se incomode profundamente com “defeitos imaginários” ou triviais na aparência física. Se o defeito realmente existir, sob a forma de uma ligeira e quase imperceptível irregularidade na aparência, a preocupação da pessoa é acentuadamente desproporcional. Devido aos pensamentos repetitivos de que existem diversos defeitos físicos em seu corpo, o indivíduo com dismorfia corporal se sente constantemente insatisfeito e inseguro com a sua imagem. A dismorfia corporal afeta principalmente a autoestima do indivíduo, gerando sofrimento significativo em suas experiências ao tentar estabelecer relacionamentos sociais, interpessoais, ocupacionais, e conseqüentemente no que diz respeito a outras áreas importantes da vida do indivíduo, como a sexualidade.

Apesar do relevante aspecto social que envolve esse transtorno, ainda é pouco estudado e somente recentemente foi reconhecido e diagnosticado por profissionais de saúde, e os estudos têm demonstrado que se trata de um transtorno complexo que envolve vários aspectos que influenciam a personalidade humana como o ambiente, a cultura e valores impostos pela sociedade de consumo. A importância dada ao corpo, por meio de comerciais, mostra o ideal de beleza, para homens e mulheres, padroniza a aparência de determinadas partes do corpo, como ideal.

O transtorno pode desencadear outras doenças relacionadas como: vigorexia, bulimia, anorexia e cuidados compulsivos com o próprio corpo como a busca por tratamentos dermatológicos e cirurgias plásticas.

O presente artigo, com base na pesquisa bibliográfica, terá por objetivo abordar e revisar artigos sobre Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) ou

Síndrome da Distorção da Imagem que estejam articulados à experiência corporal e ao possível comprometimento com a vivência da sexualidade de forma saudável. A temática proposta será explanada em duas partes; na primeira parte, são feitas algumas considerações sobre o TDC na atualidade, o histórico do conceito com as devidas alterações ao longo dos anos, a definição clínica e epidemiológica; na segunda parte, abordaremos a coexistência de transtornos ou algumas doenças associadas ao TDC, e especialmente no que se refere aos aspectos da sexualidade.

A principal categoria de análise para o desenvolvimento deste artigo foi o levantamento bibliográfico de artigos científicos, com estudos que descrevem o transtorno dismórfico corporal e suas implicações no comportamento, e na qualidade de vida do indivíduo, objetivando contribuir com o entendimento da doença sob o ponto de vista social e psicológico, além de levantar as possíveis lacunas existentes no conhecimento do transtorno dismórfico corporal e suas implicações com a vivência da sexualidade.

Para tanto, utilizamos unitermos, conhecidos como palavras-chave ou descritores, que foram criados para classificar as informações e facilitar as pesquisas bibliográficas que servem como meio para recuperação de documentos nas bases de dados. Neste trabalho, utilizamos os seguintes unitermos: Transtorno dismórfico corporal, Síndrome da distorção da imagem, dismorfia corporal e sexualidade, imagem corporal, transtorno dismórfico e sexualidade.

Verificamos que existem poucos trabalhos científicos publicados na língua portuguesa a respeito do transtorno dismórfico corporal (TDC), no entanto, encontramos referências na revisão de literatura elaborada por Bonfin; Nascimento e Borges (2016) que demonstram estudos epidemiológicos sobre a prevalência do TDC feitos nos Estados Unidos em 2014 por Fang e outros pesquisadores, revelando que existe uma incidência ligeiramente maior de TDC em mulheres (2,5%) em comparação a homens (2,2%). A mesma revisão, pontua

um outro estudo, realizado por Harris e Carr, 2001, também desenvolvido nos EUA, demonstrando que a prevalência de preocupação com a imagem corporal em mulheres foi maior na faixa etária entre 18 – 30 anos (69%), e manteve-se elevada até os 60 anos (63%). Nessa revisão de literatura, os autores mostram que os estudos e pesquisas são mais facilmente encontrados na área “Cognitivo Comportamental” e são divulgadas nos jornais de neuropsiquiatria.

## **Fundamentação Teórica**

### HISTÓRICO DO CONCEITO: DEFINIÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA

Em 1886, o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) foi descrito pelo médico e psiquiatra italiano Enrico Morselli e denominado, inicialmente, de “dismorfofobia” e ficou assim conhecido na literatura médica por 101 anos, até 1987 (CONRADO, 2009). No dicionário Houaiss, o termo dismorfofobia é relativo ao medo patológico de ser ou se tornar disforme. Do ponto de vista etimológico, o termo “dysmorphophobia” deriva do grego “dysmorphia”, significa “feiúra”, particularmente em relação à face.

Até 1980, o termo dismorfofobia não era reconhecido na literatura médica e, quando mencionado, era relacionado e considerado sintoma de doenças psiquiátricas, tais como: esquizofrenia, transtornos de humor ou os transtornos de personalidade (PERUGGI; GIANOTTI, 1997, p. 570, apud CONRADO, 2009).

Na revisão do III Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o termo dismorfofobia passou a ser considerado inadequado, os especialistas e analistas dos sintomas argumentaram que o termo não envolvia uma evitação fóbica verdadeira, mas sim um transtorno psicológico que faz com que o indivíduo se incomode profundamente com “defeitos imaginários” ou triviais de seu corpo caracterizado pela obsessão que determinada pessoa desenvolve por sua aparência (GUARIEIRO; RAMOS; HUGUET 2005).

No DSM III T , lançado em 1987, foi classificado como Transtorno Somatoforme. Pela classificação médica, define-se Transtorno Somatoforme como doenças que persistem apesar dos transtornos físicos presentes não explicarem nem a natureza e extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito. “a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral, mas que não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por outro transtorno mental. [...] Os sintomas físicos não são intencionais, não estão sob controle voluntário” (DSM - IV – TR, p, 469).

No DSM-IV- TR americano, publicado em 1994, o TDC é classificado como “Body Dysmorphic Disorder” (BDD), isto é transtorno dismórfico corporal como uma das manifestações dos Transtornos Somatoformes. Segundo Bonfin, Nascimento e Borges (2016), o TDC precisa ser entendido e classificado, não mais como uma das manifestações dos Transtornos somatoformes, mas sim como manifestação do chamado espectro do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), devido aos pensamentos e comportamentos compulsivos presentes no TDC.

Devemos considerar que ambos os transtornos compartilham algumas características, entre elas: curso crônico e flutuante, pensamentos desagradáveis e indesejados, comportamentos compulsivos e repetitivos, sentimentos de vergonha, baixa autoestima e, em casos mais graves, isolamento social e total incapacidade funcional. Estudos desenvolvidos por Torres, Ferrão e Miguel (2005) e Guarieiro, Ramos e Huguet (2005) também relacionam o TDC a uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo, por se caracterizar pela obsessão que determinada pessoa desenvolve por sua aparência desenvolvendo comportamentos repetitivos com a finalidade de reparar ou corrigir as imperfeições autoatribuídas.

Classificado como 300.7 (F45.22) (DSM-IV- TR p.488), “as queixas envolvem falhas imaginadas ou leves na face ou na cabeça, tais como perda de

cabelo, acne, rugas, cicatrizes, marcas vasculares, palidez, rubor, inchaço, assimetria ou desproporção facial ou pelos faciais excessivos”. Outras partes como nariz, olhos, pálpebras, sobrancelhas, orelha, boca, lábios, dentes, mandíbula, queixo, bochechas ou cabeça. No entanto, o DSM IV (2002) já aponta como característica diagnóstica outras partes do corpo como foco de preocupação: genitais, seios, nádegas, abdômen, braços, mão, pés, pernas e a preocupação pode concentra-se simultaneamente em diversas partes do corpo. “Por terem vergonha de suas preocupações, alguns indivíduos com TDC evitam descrever seus defeitos, podendo referir-se apenas a sua feiura geral” (p. 489).

O DSM IV TR (2002), enfatiza que a maior parte dos indivíduos com esse transtorno experimenta acentuado sofrimento acerca de sua suposta deformidade e descrevem como um tormento devastador. Descrevem que passam horas por dia pensando no problema, com profundo e permanente sentimento de desconforto com consequências desastrosas para estabelecer relacionamentos sociais, interpessoais, contato íntimo e prejuízo na vida profissional.

No DSM V (2014) o transtorno dismórfico corporal foi removido do capítulo dos Transtornos Somatoformes, passando a incluir dentre seus critérios a exigência da presença de comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta à preocupação com a aparência. “As preocupações são intrusivas, indesejadas, tomam tempo (ocorrendo, em média, de 3 a 8 horas por dia) e geralmente são difíceis de resistir ou controlar” (p. 243).

De acordo com o DSM-V, o TDC é diagnosticável por quatro critérios necessariamente presentes:

- A. Preocupação com um ou mais defeitos percebidos ou imperfeições no aspecto físico que não são observáveis ou aparecem sem importância para outras pessoas.
- B. Em algum momento durante o curso do distúrbio, o sujeito se engajou em comportamentos (por exemplo, olhando no espelho, cuidados excessivos, arranhar a pele, querer ter certeza das coisas) ou

atos mentais (por exemplo, comparando sua aparência com a de outros) repetitivos em resposta a preocupações sobre a aparência.

C. A preocupação causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes da operação.

D. A preocupação com a aparência não é melhor explicada pela preocupação com o tecido adiposo ou com o peso sujeito cujos sintomas atendem aos critérios diagnósticos para um transtorno alimentar (DSM V, 2014, p. 242).

Ainda segundo o DSM V, é necessário “especificar-se: “Com dismorfia muscular”: O indivíduo está preocupado com a ideia de que sua estrutura corporal é muito pequena ou insuficientemente musculosa. O especificador é usado mesmo que o indivíduo esteja preocupado com outras áreas do corpo, o que, com frequência, é o caso específico. Para cada caso há uma especificação quanto ao grau de introspecção sobre as crenças do transtorno dismórfico corporal (por exemplo, "sou feio" ou "estou deformado"):

Com insight bom ou razoável: O indivíduo reconhece que as crenças do transtorno dismórfico corporal são definitivas ou provavelmente não verdadeiras ou que podem ou não ser verdadeiras. Com insight pobre: O indivíduo acredita que as crenças do transtorno dismórfico corporal são provavelmente verdadeiras. Com insight ausente/crenças delirantes: O indivíduo está completamente convencido de que as crenças do transtorno dismórfico corporal são verdadeiras (DSM V, 2014, p. 243).

A preocupação excessiva do paciente com a constituição de sua musculatura deve ser especificada como "com Dismorfismo Muscular". Alguns pesquisadores apontam que a maioria dos estudos discute se o TDC deveria ser considerado como um transtorno separado, que apresentaria comorbidades como o sentimento de baixo estima, dificuldades de relacionamento interpessoal, favorecendo o retraimento social ou compensando sentimentos de inferioridade.

Segundo Nathaniel Branden, a autoestima “tem dois componentes: o sentimento de competência pessoal e o sentimento de valor pessoal”. Isto é,

segundo o autor, a autoestima é a soma da autoconfiança com o autorrespeito e reflete o julgamento implícito da nossa capacidade de lidar com os desafios da vida (entender e dominar os problemas) e o direito de ser feliz (respeitar e defender os próprios interesses e necessidades) (BRANDEN, 2001, p. 2).

São pessoas que utilizam diferentes “métodos”, para modificar o corpo pois se sentem infelizes da forma como estão. O agir insistente, muitas vezes se tornam comportamentos obsessivos com sofrimento e consequências negativas ao tentar estabelecer relacionamentos sociais, interpessoais afetando a vivência de uma sexualidade saudável.

A organização Mundial de saúde (OMS) lançou um conceito de sexualidade:

A sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contato, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.

Assim, a sexualidade seria já reconhecida como um aspecto importante da saúde que, vivida de modo satisfatório, contribui para o equilíbrio e harmonia da pessoa, favorecendo uma atitude positiva em relação a si mesmo e aos outros o que nos leva a deduzir e ressaltar que o impacto sobre a qualidade de vida não fica reduzida tão somente as doenças mentais graves. As perturbações que afetam o cotidiano, a afetividade, as relações interpessoais, a autoestima que causam ansiedade também têm um efeito significativo, especialmente no que se refere ao funcionamento psicológico e na qualidade de vida como apontam Mendlowicz e Stein (2000 apud GABBARD, 2009, p. 468).

Segundo a OMS, a sexualidade adquiriu valor próprio, é uma componente positiva do desenvolvimento pessoal ao longo de toda a vida e as suas expressões contribuem para o bem-estar pessoal e relacional e não só para a reprodução.

Durante anos, os estudos sobre imagem corporal foram realizados com mulheres, em que a insatisfação com a aparência esteve frequentemente vinculada a quadros de anorexia e bulimia nervosa de acordo com Pope, Gruber, Choi, Olivardia e Phillips (1997), no entanto, percebe-se nas últimas décadas que os homens se tornaram cada vez mais preocupados com a aparência, conforme (GRIEVE 2007, apud CAMARGO et al, 2008).

Neste artigo abordaremos alguns transtornos que podem estar relacionados/associados ao TDC como a vigorexia, anorexia e a bulimia além de outros comportamentos como a busca incessante por tratamentos dermatológicos e cirurgias plásticas, objetivando a felicidade pela modificação corporal, geralmente por defeitos imaginários ou dimensionados pela própria pessoa.

#### DOENÇAS RELACIONADAS AO TRANSTORNO CORPORAL DISMÓRFICO

O Transtorno Dismórfico Corporal e a Dismorfia muscular desencadeiam outros tipos de transtornos, ainda não devidamente reconhecidos nos diagnósticos e acompanhamentos psicológicos. Por exemplo, temos a vigorexia, e também alguns transtornos alimentares como aponta o DSM V. O diagnóstico com pessoas obesas não é considerado transtorno pelo DSM V, mas pessoas que demonstram preocupações excessivas com ser gordo podem ser consideradas com um transtorno alimentar e assim ser tratados individualmente ou de forma interdisciplinar por diferentes especialistas: nutricionista, psicólogos psiquiatras, endocrinologista, cirurgiões bariátricos, fisiatra, fisioterapeuta etc. No entanto “preocupações com o peso podem ocorrer no transtorno dismórfico corporal. Os transtornos alimentares e o transtorno dismórfico corporal podem ser comórbidos; nesse caso, ambos devem ser diagnosticados” (DSM V, 2014 p. 246).

Isto é, o TDC pode estar encoberto por um transtorno alimentar. Segundo o DSM V, os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação, que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. São descritos critérios diagnósticos para pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar.

Os transtornos alimentares geralmente também estão associados ao Transtorno de Ansiedade Social, que apresentam elevadas taxas de prevalência, com prejuízos funcionais importantes e muitas vezes são subdiagnosticados, deixando de serem tratados.

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), consta no CID como 300.23 (F40.10). Transtorno de Ansiedade Social, também denominado Fobia Social, é o transtorno de ansiedade mais comum e o terceiro mais prevalente entre todos os transtornos mentais (CLARK; BECK, 2012). Pesquisas realizadas nos Estados Unidos estimaram prevalência entre 2,5 e 13,3% para toda a vida (DSM V, 2014).

- A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).
- B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
- C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas - com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses;
- D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (DSM V, 2014, p. 222).

Os indivíduos com transtorno dismórfico corporal desenvolvem ansiedade, pois preocupam-se excessivamente com a percepção de um ou mais

defeitos ou falhas em sua aparência física que não são observáveis ou parecem leves para os outros; essa preocupação, frequentemente, causa ansiedade social e comportamento de esquiva e isolamento. “Se seus medos e a esquiva social são causados apenas por suas crenças sobre sua aparência, um diagnóstico separado de transtorno de ansiedade social não se justifica (DSM V, 2014, p. 207).

Nos quadros específicos dos transtornos reconhecidos como vigorexia e anorexia e bulimia parece conter uma relação comum e pontual no comportamento que é a busca de um corpo perfeito desencadeando ansiedade social e esquiva.

#### VIGOREXIA: CONCEITO, CAUSAS, SINTOMAS E A SEXUALIDADE DO INDIVÍDUO

Considerada clinicamente uma doença relacionada à distorção da imagem, que leva seu portador a buscar cada vez mais intensamente a definição muscular, a Vigorexia ainda não está incluída nas classificações tradicionais de transtornos mentais (CID.10 e DSM. V), embora possa ser considerada uma espécie de Dismorfia Corporal, já que também é conhecida com o nome de Dismorfia Muscular.

Também conhecida como Dismorfia Muscular e Anorexia Nervosa Reversa, a Vigorexia foi recentemente descrita como uma variação da desordem dismórfica corporal e enquadra-se entre os transtornos dismórficos corporais (TDC) estudados por diferentes especialistas como Chung e Mayville (2001), Williamson, White, Netemeyes e Drab (2002 apud CAMARGO et al, 2008).

Também considerada como um subtipo do transtorno dismórfico corporal, ocorre principalmente em homens que, apesar da grande hipertrofia muscular, consideram-se pequenos e fracos. Além de estar associada por elevado grau de sofrimento psíquico e físico, há perdas sociais e ocupacionais significativas, pois implica diretamente na autoestima do indivíduo, tanto do

sexo masculino como feminino, e também produz comportamentos que acarretam prejuízos à saúde sexual do indivíduo que, frequentemente, causa ansiedade e esquivas sociais (DSM V). É um distúrbio também já classificado como uma das manifestações do espectro do transtorno obsessivo-compulsivo.

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado” incluem os seguintes:

1. Transtorno tipo dismórfico corporal com defeitos reais: Este é semelhante ao transtorno dismórfico corporal, exceto pelo fato de os defeitos ou imperfeições na aparência física serem claramente observáveis pelos outros (i.e., eles são mais observáveis do que “leves”). Nesses casos, a preocupação com tais defeitos é claramente excessiva e causa prejuízo significativo ou sofrimento.
2. Transtorno tipo dismórfico corporal sem comportamentos repetitivos: Apresentações que satisfazem os critérios para transtorno dismórfico corporal, exceto pelo fato de o indivíduo não realizar comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta às preocupações com a aparência. (DSM V, 2014, p. 263).

A imagem corporal está relacionada com a autoestima, que significa amor próprio, satisfação pessoal e, acima de tudo, estar bem consigo mesmo. Se existe uma insatisfação, esta se refletirá na autoimagem da pessoa. A primeira manifestação da perda da autoconfiança é percebida quando o corpo que se tem não está de acordo com o estereótipo idealizado pela sociedade (BUCARETCHI, 2003), por isso, normalmente, desenvolvem uma conduta de esquivas e evitam exposição de seus corpos em público, pois sentem vergonha. Alguns utilizam diversas camadas de roupa, mesmo no calor, com intuito de evitar a exposição (ALONSO, 2006; VEGGI et al, 2004).

Segundo Camargo et al (2008), os estudos de Cafri, Van Den Berg e Thompson, (2006) e Guarin apontam que os indivíduos que utilizam e abusam de esteroides anabolizantes correm permanentemente perigo em cada tentativa de melhorar o físico e incrementar o volume dos músculos. Essa preocupação

excessiva com o corpo, a prática de dieta inadequada e uso indiscriminado de esteroides anabolizantes estão sendo cada vez mais adotadas por homens e mulheres que apresentam distorção da imagem corporal. Como resultado, correm o risco de perder o emprego, apresentar problemas de relacionamento e podem desenvolver dificuldades de estabelecer parcerias e vivenciar plenamente sua sexualidade e provocar algum tipo de disfunção sexual.

O uso de anabolizantes é uma das causas de disfunção erétil (impotência sexual). Os anabolizantes inibem a produção dos hormônios masculinos, produzidos naturalmente pelo homem (testosterona). Essa inibição acontece porque os anabolizantes provocam, em geral, bloqueios numa glândula chamada hipófise, que é a glândula que controla a fabricação testicular de testosterona. Com isso, o homem pode entrar em um estado chamado de hipogonadismo, ou a falta do hormônio masculino. Nessa situação, o homem perde ou diminui o desejo sexual e pode ter a qualidade da ereção afetada (disfunção erétil).

Além de alterações da função sexual, o uso prolongado de anabolizantes pode provocar esterilidade, ginecomastia (crescimento exagerado das mamas), lesões no fígado e nos rins, doenças cardíacas, depressão, ansiedade e outros distúrbios psiquiátricos. Importante relatar que as alterações da libido e a disfunção erétil geralmente não se manifestam enquanto estiver sendo feito o uso contínuo dos anabolizantes, mas somente após a interrupção dos mesmos, o que torna essa questão ainda mais preocupante, pois o indivíduo poderá utilizar o medicamento por um longo período sem perceber as consequências catastróficas do uso destas substâncias (ABRAHIN; SOUSA, 2013).

A prevalência da Vigorexia afeta com maior frequência homens entre 18 e 35 anos, mas pode também ser observada em mulheres, sendo expressa por fatores socioeconômicos, emocionais, fisiológicos, cognitivos e comportamentais. As mulheres podem desenvolver transtorno de orgasmo, transtorno de

interesse/excitação sexual (ALONSO, 2005; GRIEVE, 2007 apud CAMARGO et al, 2008).

## ANOREXIA E BULIMIA: A INSATISFAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Alguns estudos têm apontado as comorbidades existentes entre o transtorno dismórfico corporal, a anorexia e bulimia nervosa (NASCIMENTO; APOLINÁRIO; FONTANELLE, 2012). Os autores relacionam a insatisfação com a autoimagem corporal como uma característica psicopatológica proeminente dos transtornos alimentares, estando incluída nos critérios diagnósticos para anorexia nervosa e bulimia nervosa. Os sistemas classificatórios atuais descrevem a Anorexia Nervosa e a Bulimia nervosa:

Anorexia Nervosa como um transtorno caracterizado por perda de peso intencional associada a uma psicopatologia específica, que envolve medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, manutenção de baixo peso e comumente desnutrição de grau variável acompanhada de modificações endócrinas e metabólicas secundárias. Os sintomas compreendem uma restrição das escolhas alimentares, a prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e a utilização de laxantes e diuréticos. A Bulimia Nervosa é caracterizada por “episódios de hiperfagia” e “pavor mórbido de engordar” ou como “episódios regulares de compulsão alimentar” e “autoavaliação influenciada pelo peso corporal”, salientando que o desconforto corporal nos transtornos de ansiedade está fundamentalmente ligado ao peso e as características por ele influenciadas (NASCIMENTO; APOLINÁRIO; FONTANELLE, 2012, p. 66).

Ainda segundo os autores, há presença de pensamentos recorrentes sobre a imagem corporal nos dois grupos de doenças e de comportamentos repetitivos (contagem de calorias, verificação de peso) e comportamentos compensatórios com ansiedade e estratégias de camuflagem no transtorno dismórfico corporal.

Portadores de Transtornos alimentares podem apresentar profunda insatisfação corporal não relacionada ao peso, mas com a pele, os dentes e o nariz,

entre outras. A presença de insatisfação com a imagem corporal não relacionada ao peso em portadores de Transtornos Alimentares pode levantar a possibilidade da existência de dois diagnósticos: o Transtorno Alimentar e o transtorno dismórfico corporal.

No transtorno dismórfico corporal e os transtornos alimentares são caracterizados pela presença de insatisfação com a forma corporal como uma de suas características psicopatológicas mais proeminentes.

Segundo Ballone, Ortolani e Pereira Neto as queixas comuns dos pacientes com transtorno dismórfico corporal englobam defeitos supervalorizados na cabeça, como perda de cabelos, desproporção facial, tamanho do nariz, olhos, mandíbula, queixo, orelhas. Mas de um modo geral o autor afirma que “qualquer outra parte do corpo pode ser o foco de preocupação como genitais, seios, quadris, nádegas” (BALLONE; ORTOLANI; PEREIRA NETO, 2007, p. 195). A preocupação pode concentrar-se em diversas partes do corpo, mas atualmente, a “queixa mais comum do transtorno dismórfico corporal é em relação a uma obesidade que não existe” (ibidem, p. 195).

A todo momento, a mídia, as revistas, as propagandas nos mostram que, no ocidente, ser magro significa ter competência, sucesso e ser atraente sexualmente. A obesidade é comumente associada com a falta de satisfação sexual, diminuição do desejo, dificuldades na performance, o que leva esses sujeitos a evitarem encontros sexuais. Vive-se uma verdadeira sobrevalorização das qualidades físicas em detrimento das psicológicas e cognitivas.

Nos estudos de Nascimento, Apolinário e Fontanelle (2012) os autores descreveram o “medo mórbido de engordar” como um dos principais sintomas, pois aparece com uma preocupação persistente com a suposta deformidade ou desfiguramento” do corpo. Para os autores, o “pavor mórbido de engordar” ou como episódios regulares de compulsão alimentar e autoavaliação influenciada pelo peso corporal que inclui o medo pela

deformidade está fundamentalmente relacionado ao transtorno alimentar e aos transtornos associados como a dismorfia corporal.

A. Restrição do consumo de energia em relação às necessidades, o que leva a um peso corporal significativo baixa em relação à idade, sexo, o curso de desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso abaixo do mínimo normal ou, em crianças e adolescentes, abaixo do mínimo esperado.

B. Intenso medo de engorda ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, incluindo com um peso significativamente baixo.

C. Alteração na forma como se percebe o próprio peso ou constituição, influência indevida do peso ou constituição na autoavaliação, ou falha persistente em reconhecer a gravidade do baixo peso corporal atual. (NASCIMENTO; APOLINÁRIO; FONTANELLE, 2012, p. 40).

## TRATAMENTOS DERMATOLÓGICOS E CIRURGIAS PLÁSTICAS

A história nos mostra como em diferentes culturas todo ser humano se preocupa com a própria imagem e investe tempo e esforço para mudar o penteado ou melhorar a sua aparência.

No entanto, é preocupante quando esse comportamento se torna obsessivo e autodestrutivo, quando por exemplo, se recorre a inúmeros tratamentos de embelezamentos, dietas, consultores de imagem ou cirurgias plásticas, sem estar satisfeito com os resultados, sempre em busca do corpo-mídia.

Corpo-mídia é uma denominação para o corpo representado na mídia, que visa a demarcar sua natureza imagética. Nesse sentido, o corpo-mídia tem um papel de reafirmar, divulgar e, às vezes, promover novas percepções das imagens de corpo. Podemos caracterizá-lo como um corpo construído para significar e ganhar significados nas relações midiáticas; trata-se de um corpo perfeito, de natureza virtual, imagem que sintetiza os atributos valorizados positivamente em uma dada cultura e, por isso, imagem idealizada (QUERINO; PASCOAL, 2014).

Os estudos sobre Transtorno Dismórfico Corporal e a procura por cirurgia plástica apontam para uma das condições psiquiátricas mais comuns

encontradas em pacientes que procuram continuamente o procedimento para reparar partes do corpo. Alguns pacientes com sintomas leves de Transtorno Dismórfico Corporal podem beneficiar-se com uma cirurgia estética, mas de uma maneira geral as estatísticas mostram que pacientes com TDC ficam insatisfeitos com o resultado cirúrgico.

Segundo o resumo de literatura elaborado por Brito et al (2014), a maioria dos autores pesquisados para a revisão relatara prevalências de TDC de 6 a 15% entre pacientes de Cirurgia Plástica, outros apontaram percentuais maiores entre 16 e 24% 18,23-25 e de até 53%. Contudo, o TDC é um transtorno mental pouco estudado e com diagnóstico não reconhecido na prática médica. Além disso, devido à alta prevalência de comorbidades psiquiátricas em pacientes com TDC e comportamento de busca por tratamentos não psiquiátricos nas áreas de Dermatologia e Cirurgia Plástica, é importante que dermatologistas e cirurgiões plásticos estejam atentos para reconhecer os sinais clínicos de TDC e permitir um exame adequado e mais acurado desses pacientes.

Indivíduos com transtorno dismórfico corporal buscam a cirurgia estética para corrigir um defeito percebido. A prevalência entre pacientes de cirurgia plástica varia de 6% a 24%, podendo chegar a 53%. Recentemente, estudos foram realizados para identificar a fisiopatologia dos sintomas de neuroimagem, assim como a relação entre transtorno dismórfico corporal e outros transtornos (por exemplo, transtorno obsessivo-compulsivo, anorexia nervosa, ansiedade social, e transtorno de somatização), e para distinguir convicções delirantes de não delirantes como uma expressão de um único transtorno mental com diferentes níveis de gravidade. Entretanto, estudos retrospectivos sugerem que pacientes com TDC não se beneficiam com cirurgia plástica.

Os Indivíduos com TDC, frequentemente, procuram a Cirurgia Plástica para corrigir defeitos percebidos e reduzir a insatisfação extrema com a aparência física como apontam os estudos de Brito et al (2014). Isso pode explicar a

insatisfação de muitos desses pacientes com o resultado de procedimentos cirúrgicos e seus frequentes pedidos por cirurgias adicionais.

Esses pacientes também são conhecidos como pacientes insaciáveis, pacientes psicologicamente alterados, ou viciados por intervenções cirúrgicas múltiplas e pacientes de “rinoplastia com síndrome psiquiátrica” (KNORR, 1967 apud BRITO et al, 2014, p. 605).

Os padrões estéticos de beleza moldam pensamentos que, por um lado, levam a um aumento da demanda por cirurgias plásticas e, por outro, à discrepância entre o que é concebido como ideal e a realidade pessoal. Assim, a procura por procedimentos nessa especialidade médica pode ser uma estratégia adaptativa numa cultura que valoriza a aparência física.

Já foi demonstrado que pacientes se beneficiam com a Cirurgia Plástica, apresentando melhoria na qualidade de vida, autoimagem e autoestima no pós-operatório. Entretanto, a percepção de um defeito ou falha na aparência física pode contribuir para o desenvolvimento de um transtorno mental em indivíduos que apresentam vulnerabilidade neurobiológica, fragilidade psíquica, dificuldades no relacionamento interpessoal com prejuízo na qualidade de vida e vivência sexual, pois sua autoavaliação sempre é negativa e pejorativa consigo mesmo.

A autora Naomi Wolf, em *O Mito da Beleza* (1992), argumenta que os procedimentos cirúrgicos mais frequentes são aqueles realizados nas áreas dos corpos das mulheres mais associadas à “feminilidade”: coxas, estômago, nádegas e seios. Isso, porém, foi mais além ao incluir vulvas e vaginas e, para os homens, pênis; somos vulneráveis à absorção da interferência do mito da beleza na nossa sexualidade porque nossa educação sexual se dedica a garantir essa vulnerabilidade.

A sexualidade feminina é virada pelo avesso desde o nascimento, para que a "beleza" assuma o seu lugar, mantendo os olhos das mulheres voltados para os seus próprios corpos, olhando de relance para cima, só para verificar a imagem refletida nos olhos dos homens (WOLF, 1992, p. 205).

A linguagem da cirurgia estética - ou cirurgia cosmética, como se usa nos países de língua inglesa - merece um estudo à parte. Artigos publicados em diferentes edições da editora "Reproductive Health Matters" (RHM) usam os seguintes termos para a lista alucinante de procedimentos: redução dos grandes lábios, labiaplastia (também chamada de ninfoplastia no Brasil), genitoplastia, extensão dos grandes lábios, remodelação dos genitais femininos, cirurgia íntima, estreitamento vaginal (como, por exemplo, após o parto vaginal ou para aumentar o prazer do homem), rejuvenescimento vaginal, reconstrução do hímen, reparação do hímen (para a restauração da virgindade), levantamento do clitóris, redução do capuz do clitóris, reposicionamento do clitóris, redução dos seios, aumento dos seios, levantamento dos seios, lipoaspiração e abdominoplastia (BERER, 2011, p.10).

Os seres humanos sempre tentam ser atraentes e bonitos, com roupas, joias e outros adereços, penteados, pintura dos cabelos e produtos de beleza, mas aparentemente isso já não é suficiente. A cirurgia - em sua maior parte realizada pelo setor privado e lucrativo, que inclui cirurgias plásticas, obstétricas e ginecológicas - penetrou na indústria da beleza, tornando-se muito lucrativa e com uma influência poderosa e crescente.

## **Considerações Finais**

O fato da pessoa- homem ou mulher, adolescente ou adulto- se sentir profundamente insatisfeito com o próprio corpo – porque é demasiado magro,

demasiado gordo, muito alto, muito baixo, pouco musculado – pode ser determinante em termos da capacidade para construir relações sociais saudáveis.

A visão que a pessoa tem de si mesma, a respeito de sua imagem corporal em conjunto com suas emoções, ou seja, sua autoimagem, está diretamente relacionada a forma como se sente mais ou menos desejada e sensual. Sendo assim, essa autoimagem poderá interferir na sua vida sexual, caso ela esteja “distorcida”, gerando uma baixa autoestima.

A influência da mídia, sociedade e meio esportivo de que corpos perfeitos são sinônimos de beleza e sucesso vem acometendo homens e mulheres para o desenvolvimento de transtornos alimentares. O corpo referenciado na publicidade comunga de algumas características idênticas: jovialidade, sensualidade, saúde, um corpo que tem molejo, dentes brancos, cabelos brilhantes, curvas bem desenhadas, músculos definidos. Apenas o que há de melhor é mostrado, portanto, somente o corpo “belo” é utilizado pela linguagem midiática.

Nesse mundo de aparências, sobretudo as mulheres são submetidas a diversas técnicas e procedimentos para chegar ao esse corpo sonhado, comprado, idealizado. A busca pelo corpo perfeito e belo é uma corrida diária às academias, às clínicas de estética, de cirurgia plástica, às lojas de cosméticos, aplicação de silicone, tatuagens nas diversas partes do corpo, piercings e tantos outros recursos estéticos.

A sexualidade humana não se limita ao ato sexual, ela engloba emoções, afetos, sensações, pensamentos. Dessa forma, sentimentos e pensamentos influenciam o exercício da sexualidade. O contrário também ocorre, ou seja, a vivência da sexualidade irá influenciar sentimentos e pensamentos, inclusive a respeito de si mesmo. É o caso de mulheres que não conseguem ter orgasmo porque não estão satisfeitas com o corpo que têm, e se preocupam

excessivamente com a aparência, buscando constantemente formas de melhorar o corpo e a mesma preocupação acontece na hora da relação sexual.

Para os homens, medida essencial é mostrar informações da literatura científica que respaldem porque devem abandonar o uso de anabolizantes e de outras substâncias equivalentes, mostrar efeitos adversos, como atrofia dos testículos, disfunção erétil e infertilidade, patologias que podem ser irreversíveis.

Os estudos mostram que a terapia cognitivo-comportamental é um recurso eficaz para o tratamento da ansiedade e para o paciente identificar as distorções do comportamento decorrentes dos transtornos dismórfico corporal. (ABREU; CANGELLI; FILHO, 2004; NASCIMENTO; APOLINÁRIO; FONTANELLE, 2012).

A partir do estudo feito, é possível considerar a necessidade do desenvolvimento de pesquisas na área psicológica e social que possibilitem um melhor mapeamento sobre as evidências clínicas para o reconhecimento e diagnóstico do transtorno dismórfico corporal e desenvolvimento de disfunções na área da sexualidade para possibilitar melhor qualidade de vida para as pessoas que são acometidas pelo transtorno.

## Referências

ABRAHIN, Odilon S. C.; SOUSA, Eviton, C.de. Esteroides anabolizantes androgênicos e seus efeitos colaterais: uma revisão crítico-científica. **Rev. Educ. Fis/UEM**, v. 24, n. 4, p. 669-679, 4. trim. 2013.

ABREU, Cristiano N.; CANGELLI FILHO, Raphael. Anorexia nervosa e bulimia nervosa –abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. **Rev. Psiq. Clin.** v. 31, n. 4, p. 177-183, 2004.

ALONSO Carlos. A. Martell. Vigorexia: enfermedad o adaptación. **Revista Digital Buenos Aires.** v. 11, n. 99, 2005.

BALLONE, Geraldo J.; ORTOLANI, Ida V.; PEREIRA NETO, E. Da emoção à lesão: um guia da medicina psicossomática. 2 ed. **rev, e ampl.** Barueri, SP: Manole, 2007.

BERER, Marge. Cirurgia estética, imagem corporal e sexualidade. Questões de Saúde Reprodutiva. Editora **Reproductive Health Matters**, Londres, Inglaterra. v. 5 p. 9-15, 2011.

BRANDEN, Nathaniel. **Autoestima**: como aprender a gostar de si mesmo. 39 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BONFIM, Grazielle; NASCIMENTO, Isabela P. C.; BORGES, Nocodemos B. Transtorno Dismórfico Corporal: revisão de literatura. **UNISINOS, Contextos Clínicos**, v. 9, n. 2, p.240-252, jul/dez., 2016.

BRITO, Maria José. A. *et al.* Compreendendo a psicopatologia do transtorno dismórfico corporal de pacientes de cirurgia plástica: resumo da literatura. **Rev. Bras. Cir. Plást.** v. 29, n. 4, p. 599-608, 2014.

BUCARETCHI, Henriete A. **Anorexia e Bulimia Nervosa**: uma visão multidisciplinar. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

CAMARGO, Tatiana P.; COSTA, Sarah P.; UZUNIAN, Laura Giron; VIEBIG, Renata F. Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio e imagem corporal. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte.** v.2 n. 1, São Paulo, jun.2008.

CONRADO, Luciana A. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. **Anais... Bras. de Dermatologia**, v. 84, n.6, p. 569-581, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n6/v84n06a02.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2019.

CLARK, David A.; BECK, Aaron T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**: ciência e prática. Porto Alegre, Artmed, 2012.

DSM III. American Psychiatric Association. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM III-R**. São Paulo: Manole, 1989.

DSM IV. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM IV TR. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DSM V. American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Brasil: Artmed, 2014.

GABBARD, GLEN O. **Tratamento dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: ArtMed, 2009.

GUARIEIRO, Melissa Ramos; RAMOS, Marcos R; HUGUET, Rodrigo. Transtorno Dismórfico Corporal . **Rev. Fac. de Ciênc. Méd.** Sorocaba v. 7, n.3 p. 20 - 21, 2005.

HARRIS, David L. & CARR, Antony T. (2001). Prevalence of concern about physical appearance in the general population. *British Journal of Plastic Surgery*, 54, 223-226.

HOUAISS, Antônio (org). **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

NASCIMENTO, Antonio L.; APOLINARIO, José C.; FONTENELLE, Leonardo F. Comorbidade entre transtorno dismórfico corporal e bulimia nervosa. **Rev Psiq Clín.** v. 39, n. 1, p. 40-2, 2012.

OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. 1975. Disponível em: <<http://www.who.int/country/bra/en>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

POPE Harrisson. G. JR, GRUBER, Amanda. J., CHOI, O. Precilla., OLIVARDIA, Roberto., PHILLIPS, Katherine. A. Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, vol. 38, p. 547-548, 1997.

QUERINO, Aparecida G.; PASCOAL, Luciano S. A presença e a erotização do corpo feminino nas propagandas de cerveja no Brasil. Trabalho apresentado no GT2. **Anais...** Encontro Nacional de Pesquisa em Comunicação e Imagens.

ENCOI. Londrina/PR. 24 e 25 de novembro de 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/encoi/anais/G2.htm>. Acesso em: 2 dez. 2019.

TORRES, Albina R.; FERRÃO, Ygor. A.; MIGUEL, Eurípedes. C. Transtorno dismórfico corporal: Uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 95-96, 2005.

VEGGI, Alessandra. B; LOPES, Claudia; FAERSTEIN, Eduardo. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Rev Bras de Psiquiatria**. V. 26, n. 4, 2004.

WOLF, Naomi. **O mito da beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.