FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

RICARDO ESTEFANI

ESTUDO DA IMAGEM CORPORAL EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE: UM ESTUDO OBSERVACIONAL

MARÍLIA

2016

Ricardo Estefani

Estudo da imagem corporal em pacientes com artrite reumatoide: um estudo observacional

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em "Saúde e Envelhecimento", da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Renato de Assis.

Marília

2016

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

E796e Estefani, Ricardo.
Estudo da imagem corporal em pacientes com artrite reumatoide: um estudo observacional / Ricardo Estefani. - - Marília, 2016.
45 f.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Renato de Assis.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento) - Faculdade de Medicina de Marília.

1. Artrite reumatoide. 2. Qualidade de vida. 3. Autoimagem. 4. Imagem corporal.

Ricardo Estefani

Estudo da imagem corporal em pacientes com artrite reumatoide: um estudo observacional

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em "Saúde e Envelhecimento", da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Comissão Examinadora:

_____

Prof. Dr. Marcos Renato de Assis

Faculdade de Medicina de Marília

_____

Prof. Dr. César Emile Baaklini

Faculdade de Medicina de Marília

_____

Prof. Dr. Luis Ricardo Martinhão Souto

Universidade de Marília

Data da aprovação: 16/02/2016

A Deus,

Ao meu filho, Alexandre

Aos meus pais, Antonio e Creusa.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. Dr. Marcos Renato de Assis, pela dedicação, paciência e sobretudo por acreditar em seus orientandos.

Aos meus pais, pela educação, sacrifício e dedicação, bem como aos meus irmãos Antonio e Rogério, pelo apoio e incentivo.

Ao meu filho Alexandre por já tão novo me ensinar que a vida é muito mais do que conquistas materiais, e que a felicidade é transmitida em um simples olhar ou sorriso.

Agradeço a Juliane Cavazzana pela apoio irrestrito e compreensão em todos os momentos, juntos nesta caminhada.

Ao Prof. Dr. Sebastião Carvalho pela colaboração e incentivo para a realização desta Pós-Graduação.

Agradeço também aos meus antigos mestres, sobretudo ao Dr. Gilberto Pastori da Cirurgia Geral da FAMEMA e ao Dr. Hélio Paoliello da Cirurgia Plástica, que embora distantes, são lembrados sempre com carinho.

Obrigado aos meus colegas, médicos, enfermeiros, funcionários do SAMU-Marília, Hospital de Clínicas de Marília, Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos e a Patrícia Serafim, dupla inseparável neste mestrado.

Ao colega de mestrado Lucas Godói Bernardes da Silva (*in memoriam*).

“Primeiro eles te ignoram, depois riem de você,
depois brigam, e então você vence.”
(Mahatma Gandhi).

RESUMO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune inflamatória crônica e sistêmica, cuja característica principal é a poliartrite simétrica de grandes e pequenas articulações. Essas alterações são progressivas e podem causar declínio da capacidade funcional, deformidades irreversíveis, transtornos emocionais, de imagem corporal e diminuição de autoestima. O objetivo deste estudo é correlacionar a atividade da AR com baixa autoestima e transtornos da imagem corporal. Foram avaliados trimestralmente um grupo de pacientes com AR acompanhados no Serviço de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Marília e controles. Os pacientes foram avaliados através do DAS-28 (*Disease Activity Score – Índice de Atividade da Doença*), SF-12 (*Medical Outcomes Study Short Form 12 Health Survey*), Escala de Autoestima de Rosenberg e "*Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination*".

Resultados principais: Encontrou-se maior probabilidade de transtornos de autoestima e imagem corporal em pacientes com AR se comparados ao grupo controle (correlação regular). Entretanto, em relação ao transtorno dismórfico corporal não houve significância estatística entre as amostras. Não houve associação das deformidades com baixa autoestima. Houve associação forte do componente de dor do DAS28 com baixa autoestima.

Conclusão: Existe relação entre atividade da doença com transtornos da imagem corporal e com autoestima, o que não se verifica com o transtorno dismórfico corporal.

Palavras-chave: Artrite reumatoide. Qualidade de vida. Autoimagem. Imagem corporal.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, systemic and progressive inflammatory autoimmune disease whose main characteristic is the presence of symmetric polyarthritis of large and small joints. These changes are progressive and can cause decline in functional capacity, irreversible deformities, emotional and body image disorders and decreased self-esteem.

The aim of this study is to correlate the RA activity with low self-esteem and body image disorders.A group of RA patients followed up at the Rheumatology Department of Marilia Medical School and controls, were quarterly evaluated.

Patients were evaluated by DAS-28 (Disease Activity Score - Disease Activity Index), SF-12 (Medical Outcomes Study Short Form 12 Health Survey), Rosenberg Self-Esteem Scale and "Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination".

Main Results: We found a higher probability of self-esteem and body image disorders in patients with RA compared to the control group (regular correlation). However, regarding body dysmorphic disorder there was no statistical significance between samples. There was no association of deformities with low self-esteem. There was a strong association of DAS28 pain component with low self-esteem.

Conclusion: There is a connection between disease activity with body image disorders and self-esteem, but not with body dysmorphic disorder.

Keywords: Rheumatoid Arthritis , Quality of life, Self concept, Body image.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 09

1.1 Artrite reumatoide..... 10

1.2 Imagem corporal e autoestima..... 10

1.3 Relação entre autoestima, imagem corporal e artrite reumatoide..... 10

1.3 Justificativa..... 12

2 OBJETIVOS..... 12

2.1 Objetivo geral..... 12

3 MATERIAIS E MÉTODOS..... 12

3.1 Local de estudo 12

3.2 Tipo de estudo..... 12

3.3 Critério de elegibilidade..... 12

3.3.1 Critério de inclusão..... 13

3.3.2 Critério de exclusão..... 13

3.4 Procedimentos da coleta de dados..... 13

3.5 Instrumentos de avaliação..... 13

3.5.1 DAS-28 (*Disease Activity Score* – Índice de Atividade da Doença)..... 13

3.5.2 *Medical Outcomes Study Short Form 12 Health Survey (SF-12)* 14

3.5.3 Escala de autoestima de Rosenberg..... 14

3.5.4 *Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination* 14

3.6 Análise dos dados..... 14

3.7 Aspectos Éticos 15

4 RESULTADOS..... 16

5 DISCUSSÃO..... 27

6 CONCLUSÃO..... 28

REFERÊNCIAS 29

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 32

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP..... 34

ANEXO B DAS28..... 36

ANEXO C - SF-12..... 37

ANEXO D- Escala de autoestima de Rosenberg 39

ANEXO E - *Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination*…… 40

1 INTRODUÇÃO

1.1 Artrite reumatoide

É uma doença inflamatória, autoimune, que predomina em mulheres, acomete as articulações de modo progressivo, causando dor, limitação funcional e levando a deformidades, alterações do humor e da qualidade de vida. O tratamento precoce com drogas remissivas é fundamental para minimizar o impacto da doença. Esse conjunto de alterações físicas, funcionais e psicológicas pode comprometer imagem corporal e autoestima.

1.2 Imagem corporal e autoestima

Entende-se por imagem corporal o conceito que o indivíduo têm sobre seu próprio corpo, e por autoestima a visão que têm de si mesmo. [(1)(2)]

A percepção e o cuidado com o corpo são importantes fatores para a autoestima, estando diretamente relacionados ao bem estar psicossocial. O estado psicológico se correlaciona a autoestima, função física e qualidade de vida. [(3)(4)]

Entende-se por autoestima um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo[(5)]. Ressalta-se que o ponto fundamental da autoestima é o aspecto valorativo, o que influencia na forma como o indivíduo elege suas metas, aceita a si mesmo, valoriza o outro e projeta suas expectativas para o futuro[(6)].

1.1 Relação entre autoestima, imagem corporal e artrite reumatoide

A literatura cientifica é bastante ampla sobre diversas manifestações da AR, como dor, fadiga e perda de peso, bem como sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida. Algumas pesquisas sobre percepção corporal e autoestima em vista das manifestações físicas foram realizadas.[(36)] Pacientes recentemente diagnosticados com AR têm menos sinais do que aqueles com a doença crônica, já marcados com sequelas físicas especialmente em mãos e pés. [(8)]

O distúrbio da imagem corporal e o desejo de mudanças estéticas configuram-se como principal motivo para que pacientes com doenças reumatológicas se submetam a procedimentos cirúrgicos.[(9)] Sabe-se que a melhora da imagem é a principal razão para indivíduos se submeterem a procedimentos de cirurgia plástica, e que o sucesso dos mesmos

depende de como estas pessoas entendem ser, o que depende de sua autoestima, como ficarão dentro dos limites dos procedimentos, e a consciência da sua imagem corporal.

Pacientes com doenças de longa duração, especialmente aqueles acompanhados de deformidades e morbidades, apresentam com maior frequência distúrbios de autoimagem[10]. Pacientes com AR, segundo a literatura, sofrem mais com transtornos psicológicos em comparação com indivíduos saudáveis ou com aqueles sem doenças crônicas mas, que de acordo com o caso, cursando com deformidades corpóreas. [10][5]

A imagem corporal, nos dias de hoje, sofre influência social dos ditames da moda, favorecendo a insatisfação com a autoimagem, sobretudo em indivíduos com alterações físicas.[11]

Em pacientes com AR, a autoestima foi identificada como determinante do comportamento do indivíduo frente a saúde e estado mental. Portanto, pacientes com AR são passíveis de transtorno dismórfico corporal e distúrbios da autoimagem que colaboram diretamente para a piora de sua sintomatologia.

Existem estudos que relacionam o nível de dor ao quadro depressivo. Porém, o bem estar ligado à manutenção da função motora dos pacientes com AR também é preditor do quadro depressivo[15][16][17]. Esses mesmos trabalhos, relacionam a funcionalidade e níveis álgicos, porém sem relacioná-los com a autoestima.[17][18][19]

Mais pesquisas têm relacionado as sequelas de AR com seu impacto psicossocial e explorado estratégias de tratamento não medicamentoso[11]. A maioria dos pacientes com AR reportam um sentimento de isolamento, já correlacionado significativamente, às limitações físicas, porém sem relação com a gravidade da doença ou com as sequelas radiográficas [6].

Um dos principais índices é o índice de atividade da doença - DAS28 (do inglês, *Disease Activity Score 28*), o qual utiliza a contagem de dor e edema articular em 28 articulações, (interfalangeana proximal, metacarpofalangeana, punhos, cotovelos, ombros e joelhos, bilateralmente), a avaliação do paciente e uma prova de atividade inflamatória no sangue e determinam um valor numérico para atividade da AR. [20]

O Consenso Brasileiro de AR recomenda o uso de um índice de atividade para orientar o tratamento medicamentoso adequado, buscando manter o paciente em remissão clínica ou, se isso não for possível, ao menos em estado de baixa atividade de doença, pois isso leva a melhor evolução funcional e menor progressão radiográfica.[20]

1.2 Justificativa

Os estudos vigentes na literatura se baseiam, em sua grande maioria, na percepção de como a funcionalidade do paciente com AR está afetada pela atividade da doença e suas sequelas. Parte-se do pressuposto de variáveis puramente biológicas como preditoras da eficácia do tratamento do doente[(21)(22)]. Entretanto, trabalhos de relevância abordam a relação do paciente com AR com sua imagem corporal e como ela afeta sua autoestima, porém com amostras de pacientes com doença de curta duração (<2anos) e sem comparação com grupo controle(23). Neste estudo faremos uma mensuração abrangente de imagem corporal e autoestima, com instrumentos validados e correlação com atividade da doença e deformidades que ainda não foram devidamente utilizados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Verificar baixa autoestima e transtornos da imagem corporal em pacientes com artrite reumatoide e correlacionar com atividade da doença e funcionalidade.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Local de estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Especialidades Governador Mário Covas da Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília (Famema). Os casos foram selecionados do ambulatório de reumatologia. Os controles foram selecionados entre pacientes e acompanhantes de ambulatórios diversos em clínica médica (gastroenterologia, reumatologia, cardiologia, nefrologia, dermatologia e pneumologia).

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal tipo caso-controle.

3.3 Critério de elegibilidade

A amostra foi composta por pacientes com diagnóstico de artrite reumatoide em acompanhamento no Ambulatório de Reumatologia da Famema, durante o período de dois anos de setembro de 2014 a novembro de 2015, amostra por conveniência.

O grupo controle foi constituído de indivíduos saudáveis, pareados de acordo com o gênero, idade e peso (índice de massa corporal).

3.3.1 Critérios de inclusão

- Diagnóstico de AR pelos critérios do ACR (*American College of Rheumatology* / Colégio Americano de Reumatologia) e EULAR (*European League Against Rheumatism / Liga Europeia Contra o Reumatismo*)[1]

3.3.2 Critérios de exclusão

- Déficit de compreensão que limite responder aos questionários.

3.4 Procedimentos da coleta de dados

Avaliação médica inicial – para confirmação de critérios diagnósticos de AR, avaliação clínica e medida de atividade da doença.

Havendo a compreensão e a concordância do participante em fazer parte da pesquisa, foi assinado um termo de livre esclarecimento atendendo desta forma aos princípios éticos legais.

3.5 Instrumentos de avaliação

3.5.1 DAS-28 (*Disease Activity Score* – Índice de Atividade da Doença)

O DAS (*Disease Activity Score* – Índice de Atividade da Doença) é um escore de atividade de doença que foi publicado pela primeira vez em 1990. Após modificações, o mesmo passou a ser denominado em sua versão atual de DAS 28, o qual avalia quatro variáveis: número de articulações com edema; número de articulações com dor; velocidade de hemossedimentação (VSH) em mm/h; e autoavaliação quanto à saúde global realizada por meio de uma escala visual analógica (EVA). [26]

Quanto mais alto o valor obtido através da aplicação do instrumento, maior é a atividade da doença no momento da avaliação: $\leq$ 2,4 (remissão); > 2,4 e $\leq$ 3,6 (baixa atividade); > 3,6 e $\leq$ 5,5 (moderada atividade) e > 5,5 (alta atividade). O DAS28 demonstrou ótima correlação (0,97) quando comparado com o DAS original, sendo muito mais prático e rápido.[27]

3.5.2 SF-12: (*Medical Outcomes Study Short Form 12 Health Survey*- Questionário Curto de 12 Perguntas Sobre Qualidade de Vida)

O SF-12, a versão curta do questionário Medical Outcome Study SF-36, é o instrumento de avaliação de CVRS mais utilizado.[18-20] Consta de 12 itens provenientes das oito dimensões do SF-36: Função Física (2), Função Social (1), Papel Físico (2), Papel Emocional (2), Saúde Mental (2), Vitalidade (1), Dor Corporal (1), Saúde Geral (1). As opções de resposta compõem as escalas do tipo Likert que avaliam a intensidade ou a frequência.[28][29][30]

3.5.3 Escala de autoestima de Rosenberg

Após uma ampla pesquisa na literatura, optou-se por esta escala devido a ser a que mais se aproximava dos objetivos do estudo em se mensurar autoestima, sendo esta, difusamente aceita na comunidade científica internacional. Para tanto, utilizamos a versão do trabalho: Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Austoestima de Rosenberg de DINI et al (2004).[5]

3.5.4 *Brazilian Version of the body dysmorphic disorder examination*– Versão Brasileira de Exame de Dismorfia Corporal.

A busca por melhoria na imagem corporal é o principal fator para que pacientes procurem o cirurgião plástico. É um instrumento de qualidade de vida, focado na imagem corporal. O questionário contempla um total de 34 questões que avaliam o grau de insatisfação relacionado `a uma queixa física, facilitando o diagnóstico do transtorno dismórfico corporal. Assim sendo, utilizamos a versão brasileira validada da escala. [10]

3.6 Análise dos dados

Para o resumo dos dados, as variáveis contínuas foram tratadas por média e seus respectivos desvios-padrões, mediana, curtose, assimetria, valor máximo e valor mínimo e as qualitativas como proporções expressas em porcentagem. O processamento dos dados foi realizado por meio do software Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS), versão 21.0, IBM Corporation 1989, 2012. O estudo das associações entre variáveis qualitativas foi realizado através do teste do Qui-Quadrado de Pearson ($\chi 2$) e, quando necessário, por restrição teórica ao uso do teste do qui-quadrado, foi utilizado o teste exato de Fisher (T.E.F.); quando indicado, o cálculo do valor p foi obtido usando-se a aproximação de Monte Carlo. Para as associações cujo resultado do teste do qui-quadrado ou exato de Fisher foram significantes, utilizou-se o teste z para proporções, para comparar as proporções entre duas colunas das tabelas de contingência (3x2) em conjunto com a análise de resíduos estandardizados ajustados, sendo para estes considerados significantes valores superiores a 1,96 em valor absoluto [10][11]. O cálculo de risco para os estudos de caso-controle foi realizado por meio da razão de chances (OR) [12].

Para a avaliação qualitativa do coeficiente de correlação de Pearson (r) e quando necessário a correlação de Spearman (r_S) para dados não paramétricos, levou-se em conta o disposto no Quadro 1 (CALLEGARI-JACQUES, 2003):

Quadro 1 – Avaliação qualitativa do grau de correlação entre duas variáveis

I r_S I	A correlação é denominada
0	Nula
0 ------- 0,3	Fraca
0,3 [------- 0,6	Regular
0,6 [------- 0,9	Forte
0,9 [------- 1,0	Muito forte
1	Plena ou perfeita

Adotou-se o nível de 5% de probabilidade para a rejeição da hipótese de nulidade em todos os testes.

3.7 Aspectos éticos

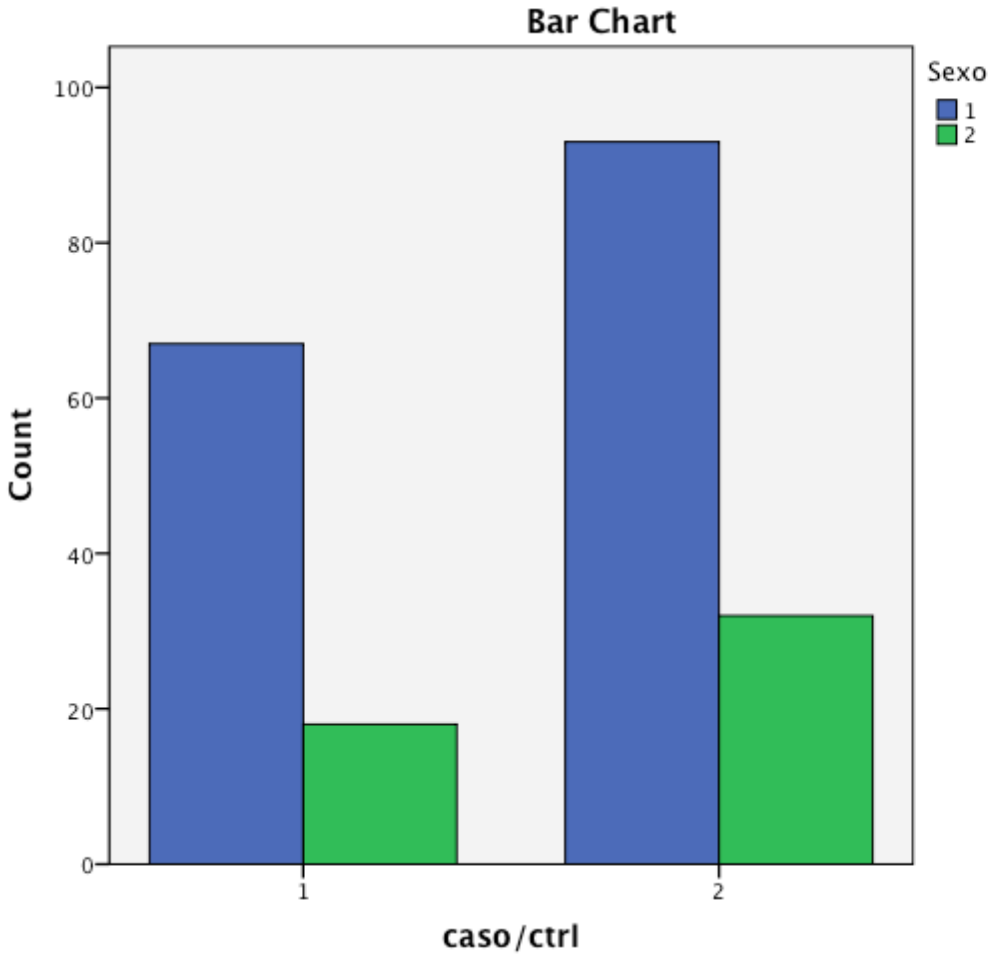
O projeto do estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição para análise e aprovação recebendo o número CAAE: 30345114.0.0000.5413, Parecer Consubstanciado do CEP: 628.507 (ANEXO A) (Plataforma Brasil), conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

RESULTADOS

Foram incluídos 210 pacientes no estudo. Destes, 85 eram pacientes com diagnóstico de AR (casos) entre 5 a 10 anos de diagnóstico da doença, e 125 indivíduos sem AR (controles), coletados, respectivamente do ambulatório de Reumatologia e diversos da FAMEMA , pareados por sexo, idade e IMC.

Distribuição quanto ao gênero : 67 pacientes do sexo feminino e 18 pacientes do sexo masculino no grupo de casos, frente a 93 pacientes do sexo feminino e 32 pacientes do sexo masculino nos controles.

Figura 1: Distribuição do gênero entre casos e controles



1=casos; 2=controles; azul=feminino; verde=masculino

Com relação a atividade da doença, verificou-se que a média geral do DAS-28 foi de 3,38 (±1,496), o que caracteriza a amostra de casos em nível moderado de atividade.

Tabela 1 – Média do DAS28 entre casos e controles

Report			
DAS28 Valor caso/ctrl	Mean	N	Std. Deviation
1	3,38	85	1,496
2	,00	125	,000
Total	1,37	210	1,913

Tabela 2 – Estado civil entre casos e controles

Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
solteiro	52	22,6	24,9	24,9
casado	128	55,7	61,2	86,1
divorciado	13	5,7	6,2	92,3
viúvo	13	5,7	6,2	98,6
amasiado	3	1,3	1,4	100,0
Total	209	90,9	100,0	

Tabela 3 - Distribuição das etnias entre casos e controles

		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1	91	39,6	43,5	43,5
	2	89	38,7	42,6	86,1
	3	25	10,9	12,0	98,1
	4	4	1,7	1,9	100,0
	Total	209	100,0	100,0	

1=branca; 2=parda; 3=negra; 4=amarela

Com relação a significância estatística dos dados, considerou-se a escala de Rosenberg e BDDE como não paramétrica (aventada pelo teste de amostras independentes de

Kolmogorov-Smirnov), utilizando-se o coeficiente de correlação de Sperman para análise dos dados.

O questionário SF-12 foi analisado pelo coeficiente de correlação de Pearson, dada a distribuição normal dos dados.

Correlacionou-se os questionários com a atividade da doença através do DAS28.

Tabela 4 –Correlação entre atividade da doença e SF12 de Pearson

		DAS28	**SF12-PCS**	**SF12-MCS**
DAS28Valor	Pearson Correlation	1	,268**	,268**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
SF12 / PCS	Pearson Correlation	,268**	1	,651**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
SF12/ MCS	Pearson Correlation	,268**	,651**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	210	210	210

DAS28; SF12-PCS; SF12-MCS.

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 5 - Correlação entre atividade de doença e escalas de Rosenberg e BDDE de Spearman

			DAS28 Valor	Rosenberg	BDDE
Spearman's rho	DAS28 Valor	Correlation Coefficient	1,000	,499**	,022
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,753
	Rosemberg	Correlation Coefficient	,499**	1,000	,278**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000
	BDDE	Correlation Coefficient	,022	,278**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,753	,000	.
		N	210	210	210

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

N=número de indivíduos , correlation coefficient = coeficiente de correlacão, sig.=significância

Foi encontrada significância estatística para as escalas de Rosenberg e SF-12 com a atividade da doença. A correlação da escala de Rosenberg foi considerada regular (r=0,499; P=0,000). As escalas SF12, componentes físico (r=0,268; P=0,00) e mental (r=0,268; P=0,00) tiveram correlações consideradas fracas, embora com significância estatística. Não foi encontrado significância estatística para o BDDE.

Utilizou-se o teste do Qui-quadrado de Pearson para o estudo de associação de variáveis, considerando o $p \leq 0,05$.

Houve significância estatística entre os pacientes que apresentavam DAS28 com atividade da doença e sem atividade da doença, bem como valores altos na escala de Rosenberg (≥8) para este trabalho.

Tabela 6 – Variáveis Contínuas – Resumo por meio de número de indivíduos, média, DP(desvio-padrão), mediana, média dos postos, Quartil 1 e Quartil 3 (Q3-Q1= IIQ - intervalo inter-quartil), mínimo e máximo, valor p do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, valor p para o Teste t de Student para comparação de grupos independentes e quando indicado do Teste de Mann-Whitney para grupos independentes (ao menos a distribuição de um dos grupos não normal)

Grupo	Estatística	Idade (anos)	IMC(kg/m2)	Colesterol total	HDL	TGL	Glicemia
Caso	n	85	85	85	85	85	85
	Média	53,4	28,2	188,5	50,7	120,6	103,1
	DP	11,1	5,2	40,3	14,9	92,0	33,4
	Mediana	53,0	27,9	184,0	47,0	91,0	95,0
	Média dos postos	112		98	103	88.7	104
	Quartil 1	47,5	24,9	164,0	41,0	71,0	89,0
	Quartil 3	62,0	31,0	209,0	58,5	142,0	110,0
	Mínimo	27,0	17,6	110,0	26,0	33,0	73,0
	Máximo	78,0	38,9	329,0	88,0	604,0	352,0
Normalidade	p(Kolmogorov-Smirnov)	0.200	0.200	0.002	0.004	<0.001	<0.001
Controle	n	125	125	125	125	125	125
	Média	49,5	26,1	194,0	49,2	140,0	99,6
	DP	14,1	3,4	40,1	12,8	80,2	16,6
	Mediana	57,0	26,0	196,0	50,0	112,0	99,0
	Média dos postos	101.1		110.6	107.2	117	106.5
	Quartil 1	34,5	23,8	172,0	44,0	97,0	88,0
	Quartil 3	60,0	28,1	220,0	56,0	180,0	108,5
	Mínimo	25,0	19,0	98,0	17,0	59,0	73,0
	Máximo	76,0	39,7	280,0	90,0	520,0	180,0
Normalidade	p(Kolmogorov-Smirnov)	<0.001	0.067	0.085	<0.001	<0.001	<0.001
Comparação	p(t Student)		0.002				
Caso/Controle	p(Mann-Whitney)	0.197		0.143	0.615	0.001	0.763

Tabela 7 – Resumo por meio de número de indivíduos, média, DP(desvio-padrão), mediana, média dos postos, Quartil 1 e Quartil 3 (Q3-Q1= IIQ - intervalo inter-quartil), mínimo e máximo, valor p do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, valor p para o Teste t de Student para comparação de grupos independentes e quando indicado do Teste de Mann-Whitney para grupos independentes (ao menos a distribuição de um dos grupos não normal) para as variáveis DAS28, SF-12PCS, FF12/MCS, Rosemberg e BDDE, segundo o grupo em estudo (caso/controle)

Grupo	Estatística	DAS28 Valor	SF12 / PCS	SF12/ MCS	Rosenberg	BDDE
Caso	n	85	85	85	85	85
	Média	3.4	41.2	41.5	9.1	12.1
	DP	1.5	10.9	13.8	6.8	25.9
	Mediana	3.1	41.8	40.5	10.0	0.0
	Média dos postos					
	Quartil 1	2.5	35.1	32.8	3.0	0.0
	Quartil 3	4.3	50.0	54.9	14.0	0.0
	Mínimo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Máximo	6.3	56.8	62.6	24.0	98.0
Normalidade	p(Kolmogorov-Smirnov)	0.027	<0.001	0.001	0.001	<0.001
Controle	n	125	125	125	125	125
	Média		32.8	31.5	2.7	9.0
	DP		8.5	8.8	5.3	24.5
	Mediana		32.1	30.0	0.0	0.0
	Média dos postos					
	Quartil 1		24.9	25.7	0.0	0.0
	Quartil 3		40.2	38.0	2.0	0.0
	Mínimo		19.3	8.0	0.0	0.0
	Máximo		50.4	54.7	23.0	138.0
Normalidade	p(Kolmogorov-Smirnov)		< 0.001	0.001	<0.001	<0.001
Comparação caso/controle	p(Mann-Whitney)		<0.001	<0.001	<0.001	0.271

Comparando o grupo de casos e controles, houve significância estatística considerando as variáveis quantitativas de IMC e triglicérides, fatores associados `a amostra que tinha sobrepeso entre casos e controles.

Verificou-se também significância estatística na comparação entre os grupos considerando as escalas de SF-12 (PCS), SF-12 (MCS) e Rosenberg.

Não foi encontrada significância estatística entre os pacientes que apresentavam transtorno dismórfico corporal com os que não o apresentavam e os casos e controles deste trabalho, porém houve associação estatística do BDDE em pacientes com IMC maiores.
A proporcionalidade deste efeito, porém, não teve significância estatística ao parear o IMC entre os grupos.

Tabela 8: Razão de chances – Escala de Rosenberg

Estimativa de Risco (OR)			
	Valor	Intervalo de confiança 95%	
		Inferior	Superior
OR entre caso / controle	**3,452**	**1,587**	**6,680**
para coorte Rosenberg = com transtorno da imagem corporal	1,822	1,275	2,897
para coorte Rosenberg = sem transtorno da imagem corporal	,680	,462	,841
Número de Casos Válidos	210		

OR= Odds Ratio

Observou-se uma correlação entre a escala de Rosenberg (r=-3,861; P=0,000) e BDDE (r=-0,916; P=0,360) e uso de medicamentos psiquiátricos.

Houve uma chance de aproximadamente 3,452 vezes maior dos pacientes com artrite reumatóide apresentarem distúrbios da imagem corporal se utilizada a escala de Rosemberg como instrumento de avaliação.

Tabela 9 – Verificação da associação entre número de drogas e AR

Número de drogas	Estatística		Caso (AR)[1]	Controle[1]	
	sem medicação	n	0_a	29_b	29
		% em Nº Drogas	0,0%	100,0%	100,0%
		Resíduos ajustados	-4,8	4,8	
	um medicamento	Contagem	2_a	46_b	48
		% em NºDrogas_A	4,2%	95,8%	100,0%
		Resíduos ajustados	-5,8	5,8	
	dois medicamentos	Contagem	17_a	24_a	41
		% em NºDrogas_A	41,5%	58,5%	100,0%
		Resíduos ajustados	,1	-,1	
	três medicamentos	Contagem	18_a	7_b	25
		% em NºDrogas_A	72,0%	28,0%	100,0%
		Resíduos ajustados	3,4	-3,4	
	quatro a 11 e 13 medic.	Contagem	48_a	19_b	67
		% em NºDrogas_A	71,6%	28,4%	100,0%
		Resíduos ajustados	6,3	-6,3	
Total		Contagem	85	125	210
		% em NºDrogas_A	40,5%	59,5%	100,0%
Teste do Qui-quadrado de Pearson				$p < 0,001$	

[1] Cada letra de subscrito indica um subconjunto de caso/controle cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05 pelo Teste z;

Houve maior associação de uso de medicamentos em pacientes com AR em relação aos controles.

Como na literatura não há um instrumento universalmente aceito para mensuração de deformidade, utilizamos o escore do HAQ (*Health Assessment Questionnaire*) numa tentativa de inferir se as deformidades poderiam ter relação ou não com baixo autoestima. Encontramos que a maioria de nossa amostra apresentou baixo comprometimento funcional, e sua relação com transtornos de autoestima e

imagem corporal não foi significativo (p=0,174 pelo coeficiente de correlação se Sperman).

Houve associação do critério de dor do DAS28 com a escala de autoestima de Rosenberg (p=0,01), com correlação de 0,893 (forte).

		Idade	IMC	Colest. total	HDL	TGL	Glicemia	DAS28	SF12 / PCS	FF12/ MCS	Rosemberg	BDDE
Idade	Coef. de Correl.	1,000	-,100	-,065	,003	,099	,045	,097	,143*	,053	,095	-,001
	p	.	,150	,346	,964	,152	,515	,159	,038	,442	,172	,993
	n	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
IMC(kg/m2)	Coef. de Correl.		1,000	,049	-,238**	,145*	,200**	,199**	,054	-,013	,178*	,157*
	p		.	,483	,000	,036	,004	,004	,436	,850	,010	,023
	n		210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Colesterol total	Coef. de Correl.			1,000	,077	,245**	,164*	-,074	-,227**	-,178**	-,182**	-,143*
	p			.	,267	,000	,017	,283	,001	,010	,008	,038
	n			210	210	210	210	210	210	210	210	210
HDL	Coef. de Correl.				1,000	-,401**	-,227**	-,080	-,106	-,050	,187	-,022
	p				.	,000	,001	,248	,126	,473	,007	,750
	n				210	210	210	210	210	210	210	210
TGL	Coef. de Correl.					1,000	,236**	-,191**	,027	-,069	-,269**	-,047
	p					.	,001	,005	,694	,322	,000	,496
	n					210	210	210	210	210	210	210
Glicemia	Coef. de Correl.						1,000	,030	-,029	-,046	,007	-,029
	p						.	,663	,677	,506	,922	,674
	n						210	210	210	210	210	210
DAS28 Valor	Coef. de Correl.							1,000	,378**	,334**	,495**	,027
	p							.	,000	,000	,000	,699
	n							210	210	210	210	210
SF12 / PCS	Coef. de Correl.								1,000	,651**	,350**	,144*
	p								.	,000	,000	,037
	n								210	210	210	210
FF12/ MCS	Coef. de Correl.									1,000	,215**	-,020
	p									.	,002	,770
	n									210	210	210
Rosemberg	Coef. de Correl.										1,000	,278**
	p										.	,000
	n										210	210
BDDE	Coef. de Correl.											1,000
	p											.
	n											210

Figura 1: Variáveis com significância estatística.

4 DISCUSSÃO

O presente trabalho, demonstra a maior associação de transtornos de autoimagem/imagem corporal em pacientes com artrite reumatoide quando comparados a controles.

Para tanto, foi utilizado como ponto de corte, a escala ≥8 de Rosenberg (indicativo de transtorno da imagem corporal), corroborando com outros trabalhos que a utilizaram.[(3)(5)(6)(7)(8)(41)]

Questionários, já bem estabelecidos, foram utilizados como forma de avaliação da capacidade funcional destes pacientes, sendo encontrada menor qualidade de vida nos pacientes com AR em relação aos controles, achado exaustivamente relatado na literatura.[(17)(19)(22)]

Não foi possível associar a atividade da artrite reumatóide com a maior incidência de transtorno dismórfico corporal, mesmo seguindo estudos que validam a escala do BDDE como instrumento de avaliação desse transtorno. Foi utilizado o ponto de corte de 66 como positivo.

Os pacientes desta amostragem são acompanhados há mais de 5 anos do diagnóstico da doença, os quais apresentam deformidades e limitações físicas que justificam o uso de substâncias psicoativas afim de minimizar sofrimento apresentado.

Tal associação medicamentosa, mostrou significância estatística com a escala de Rosenberg, evidenciando sua influência e indo de acordo com achados na literatura.[(6)]

A relevância deste estudo está em relacionar as escalas de Rosenberg e BDDE com o grupo de pacientes com AR, ampliando-se o espectro de avaliação da escala.

A diminuição da capacidade funcional destes pacientes é conhecida, porém poucos estudos analisaram os aspectos psíquicos destes pacientes para além do diagnóstico de depressão e seu tratamento.[(1)(21)]

Pode-se associar a maior probabilidade de transtorno de imagem corporal entre casos frente aos controles, quando avaliados os critérios de IMC (sobrepeso) e número de drogas em uso. Quanto ao transtorno de imagem corporal, porém, houve uma associação com os pacientes com sobrepeso e não com os casos estudados.

Não houve associação entre transtornos da imagem corporal com seqüelas da artrite reumatóide neste estudo.

CONCLUSÃO

Vemos, nesse estudo, que existe relação entre atividade da doença com transtornos da imagem corporal e com autoestima, o que não se verifica com o transtorno dismórfico corporal.

Constatamos dados da literatura, que já associam o maior aumento de transtorno dismórfico corporal em pacientes com sobrepeso, porém sem aplicação no grupo de pacientes com AR.[(24)(25)]

Mais estudos de casos, como os analisados, devem ser realizados para que possamos afirmar existir uma associação forte entre atividade da doença com transtorno da imagem corporal/autoestima e transtorno dismórfico corporal, correlacionando, também, com outros problemas psíquicos importantes dentro dessa doença tão abrangente.

REFERÊNCIAS

1. Macsween A, Brydson G, Fox KR. Physical self perceptions of women with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. [Internet]. 2004 Dec 15 [cited 2014 Jan 15];51(6):958–63. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15593103
2. Morea JM, Friend R, Bennett RM. Conceptualizing and measuring illness self-concept: a comparison with self-esteem and optimism in predicting fibromyalgia adjustment. Res. Nurs. Health [Internet]. 2008 Dec [cited 2014 Jan 15];31(6):563–75. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18646034
3. Erkolahti RK, Ilonen T, Saarijärvi S. Self-image of adolescents with diabetes mellitus type-I and rheumatoid arthritis. Nord. J. Psychiatry [Internet]. 2003 Jan [cited 2014 Jan 15];57(4):309–12. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12888406
4. Plach SK, Stevens PE, Moss V a. Corporeality: women's experiences of a body with rheumatoid arthritis. Clin. Nurs. Res. [Internet]. 2004 May [cited 2014 Jan 15];13(2):137–55. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15104856
5. Jorge RTB, Brumini C, Jones A, Natour J. Body image in patients with rheumatoid arthritis. Mod. Rheumatol. [Internet]. 2010 Oct [cited 2014 Jan 21];20(5):491–5. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20524027
6. Bugajska J, Brzosko M, Jedryka-Góral a, Głuszko P, Zołnierczyk-Zreda D, Sagan a, et al. Psychological stress in rheumatoid arthritis patients: a comparative Polish-German study: summary of the current conceptualization of the role of stress in rheumatoid arthritis. Autoimmun. Rev. [Internet]. 2010 Feb [cited 2014 Jan 21];9(4):211–5. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19698804
7. Science E, Britain G. Pergamon Body Image, Disfigurement And Disability. 1995;39(3):283–91.
8. Goodacre LJ, Candy FJ. "If I didn"t have RA I wouldn't give them house room': the relationship between RA, footwear and clothing choices. Rheumatology (Oxford). [Internet]. 2011 Mar [cited 2014 Jan 15];50(3):513–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071478
9. Noble K a. Fibromyalgia and surgery. J. Perianesth. Nurs. [Internet]. American Society of PeriAnesthesia Nurses; 2012 Aug [cited 2014 Jan 21];27(4):278–82. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22828026
10. Jorge RTB, Sabino Neto M, Natour J, Veiga DF, Jones A, Ferreira LM. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. Sao Paulo Med. J. [Internet]. 2008 Mar 6;126(2):87–95. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18553030
11. Ehrlich GE. Social, economic, psychologic, and sexual outcomes in rheumatoid arthritis. Am. J. Med. [Internet]. 1983 Dec 30;75(6A):27–34. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6660238
12. Shifren K, Park DC, Bennett JM, Morrell RW. Do cognitive processes predict mental health in individuals with rheumatoid arthritis? J. Behav. Med. [Internet]. 1999 Dec;22(6):529–47. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10650535
13. McBain H, Shipley M, Newman S. The impact of appearance concerns on depression and anxiety in rheumatoid arthritis. Musculoskeletal Care [Internet]. 2013 Mar [cited 2014 Jan 15];11(1):19–30. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22711333
14. Covic T, Tyson G, Spencer D, Howe G. Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. J. Psychosom. Res. [Internet].

2006 May [cited 2014 Jan 15];60(5):469–76. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16650587

15. Paulson M, Danielson E, Soderberg S. Struggling for a Tolerable Existence: The Meaning of Men's Lived Experiences of Living with Pain of Fibromyalgia Type. Qual. Health Res. [Internet]. 2002 Feb 1 [cited 2014 Jan 15];12(2):238–49. Available from: http://qhr.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/104973202129119865
16. Hsu MC, Schubiner H, Lumley M a, Stracks JS, Clauw DJ, Williams D a. Sustained pain reduction through affective self-awareness in fibromyalgia: a randomized controlled trial. J. Gen. Intern. Med. [Internet]. 2010 Oct [cited 2014 Jan 15];25(10):1064–70. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2955480&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
17. Ventegodt S, Merrick J, Anderson NJ. Quality of life as medicine: a pilot study of patients with chronic illness and pain. ScientificWorldJournal. [Internet]. 2003 Jun 16 [cited 2014 Jan 15];3:520–32. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12847301
18. Lam M, Lehman AJ, Puterman E, DeLongis A. Spouse depression and disease course among persons with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. [Internet]. 2009 Aug 15 [cited 2014 Jan 15];61(8):1011–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19644902
19. Miró E, Martínez MP, Sánchez AI, Prados G, Medina A. When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality. Br. J. Health Psychol. [Internet]. 2011 Nov [cited 2014 Jan 9];16(4):799–814. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21988065
20. Mota LMH Da, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB, et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. Rev. Bras. Reumatol. [Internet]. 2011 Jun;51(3):207–19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
21. Eurenius E, Brodin N, Lindblad S, Opava CH. Predicting physical activity and general health perception among patients with rheumatoid arthritis. J. Rheumatol. [Internet]. 2007 Jan;34(1):10–5. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17216673
22. Sokka T, Kautiainen H, Hannonen P, Pincus T. Changes in Health Assessment Questionnaire disability scores over five years in patients with rheumatoid arthritis compared with the general population. Arthritis Rheum. [Internet]. 2006 Oct [cited 2014 Jan 15];54(10):3113–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17009231
23. Boyington JE a, Devellis R, Shreffler J, Schoster B, Callahan LF. Factor structure of the arthritis body experience scale (ABES) in a U.S. population of people with osteoarthritis (OA), rheumatoid arthritis (RA), fibromyalgia (FM) and other rheumatic conditions. Open Rheumatol. J. [Internet]. 2008 Jan;2:64–70. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2627534&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
24. Wentz K a H, Lindberg C, Hallberg LR-M. Psychological functioning in women with fibromyalgia: a grounded theory study. Health Care Women Int. [Internet]. 2004 Sep [cited 2014 Jan 15];25(8):702–29. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371077

25. Braun IM, Liang MH, Orav EJ, Ahern DK, Barsky AJ. A personality characteristic, somatic absorption, and the perception of somatic symptoms in rheumatoid arthritis patients. J. Rheumatol. [Internet]. 2008 May;35(5):782–9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18322988
26. Castelar R. Instrumentos de Medida da Atividade da Artrite Reumatóide – Por que e como Empregá-los Pooled indices to measure rheumatoid arthrits activity – Why and how to use them. 2007;362–5.
27. Kievit W, Welsing PMJ, Adang EMM, Eijsbouts a M, Krabbe PFM, van Riel PLCM. Comment on the use of self-reporting instruments to assess patients with rheumatoid arthritis: the longitudinal association between the DAS28 and the VAS general health. Arthritis Rheum. [Internet]. 2006 Oct 15 [cited 2014 Jan 21];55(5):745–50. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17013821
28. Williams L. A 12-Item Short-Form Health Survey of Scales and Preliminary Construction Tests of Reliability and Validity. 3:2–9.
29. Paulo RUI, Bernardo S, Matos MGDE. Adaptação Portuguesa do Physical Self-Perception Profile for Children and Youth e do Perceived Importance Profile for Children and Youth. 2003;2:127–44.
30. Medicina F De, Ranzolin A. FIBROMIALGIA COM OS RESULTADOS DOS ESCORES DAS28, HAQ E SF-36 EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE. 2008;
31. LEI Nº 9.610, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9610.htm#art115. Acesso em 10 de janeiro. 2013.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. Bioética 1996; 4 Suppl:15-25.

33. Callegari-Jacques, S.M. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003.

34. Field, A. Descobrindo a estatística usando SPSS. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

35. Hulley, SB; Cummings, SR; Browner, WS; Grady, D; Hearst, N; Newman, B. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2[ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

36. Ben-Tovim DI1, Walker MKJ Body image, disfigurement and disability.Psychosom Res. 1995 Apr;39(3):283-91.

37. Burrowes N. Body image-a rapid evidence assessment of the literature. A project on behalf of the Government Equalities Office. May, 2013. Available at: https://www.gov.uk/. Accessed June 9, 2015.

38. Jolly M. Body image issues in rheumatology. In: Cash FT, Smolak L, eds. Body image, New York, PA: The Guilford Press; 2012;350-355.

39. Shen B, He Y, Chen H, Zhao C, Zhu L, Gao Y, et al. Body image disturbances have impact on the sexual problems in chinese systemic lupus erythematosus patients. J Immunol Res. 2015;204513:1-6.

40. Akkaya N, Akkaya S, Atalay NS, Balcı CS, Sahin F. Relationship between the body image and level of pain, functional status, severity of depression, and quality of life in patients with fibromyalgia syndrome. Clin Rheumatol. 2012;31:983-988.

41. Kurt E, Özdilli K, Yorulmaz H. Body Image and Self-Esteem in Patients with Rheumatoid Arthritis. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50:202-208.

42. Strachan MD, Cash TF. Self-help for a negative body image: A comparison of components of a cognitive-behavioral program. Behav Ther. 2002;33:235-251.

43. Yılmaz Ş. Compairing the levels of body image and selfesteem of plastic surgery patients at preoperative and postoperative period. Thesis of Master in Afyon Kocatepe University Institute of Health Sciences. 2009:25-26

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Ricardo Estefani, responsável pela pesquisa sobre **Estudo da imagem corporal em pacientes com artrite reumatóide: um estudo observacional**, faço um convite para você participar como voluntário deste estudo. Esta pesquisa tem como objetivo analisar se a atividade da doença e suas seqüelas, ou seja, seus distúrbios da imagem corporal, correlacionam com a baixa autoestima de pacientes portadores de artrite reumatóide.

Sua participação será voluntária. É possível que aconteça o seguinte desconforto, como longo tempo para responder o questionário, ou seja, em média vinte minutos e não há riscos previsíveis. O benefício que esperamos com o estudo é que, ao final, possamos elaborar diretrizes que otimizar e contribuir para o tratamento biopsicossocial dos pacientes com AR. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando, para isso, entrar em contato com o pesquisador. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. A sua participação nesta pesquisa não irá gerar nenhum gasto.

Marília,.....de ..... de .....

Rubrica do Sujeito da Pesquisa	Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do Coordenador do CEP

Autorização

Eu,.....RG:..... ....., após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício.

Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de livre e espontânea vontade em participar deste estudo.

_____

Assinatura do participante da pesquisa ou de seu representante legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário (ou de seu representante legal) para a participação neste estudo.

Marília,.....de .....de 20.....

_____	_____	_____
ENTREVISTADO	PESQUISADOR	ORIENTADOR
	Ricardo Estefani	Marcos Renato de Assis
	RG:26.367.923-8 / CRMSP: 130677	RG:17.76604 /CRMSP:78.786
	Fone (14) 98115 8219	Fone: (14) 3402-1744
	estefaniplastica@gmail.com	mrdeassis@hotmail.com

ANEXO A

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA-FAMEMA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo da Imagem Corporal em pacientes com Artrite Reumatóide: um estudo observacional

Pesquisador: Ricardo Estefani

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30345114.0.0000.5413

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 628.507

Data da Relatoria: 28/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional prospectivo, composto por pacientes com diagnóstico de artrite reumatoide que se encontram em acompanhamento no ambulatório de reumatologia da Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília. Os pacientes passarão por uma avaliação médica inicial – para confirmação de critérios diagnósticos de AR, avaliação clínica e medida de atividade da doença, através de questionários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:Correlacionar a atividade da doença, segundo os critérios do DAS28, incorporado ao Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatóide, e as sequelas destes pacientes com a baixa auto-estima.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:Os pacientes serão expostos a aplicação de questionários de cunho psicológico e de atividade da artrite reumatóide

Benefícios: Correlacionar a atividade da doença e suas sequelas com a imagem corporal prejudicada e sua baixa autoestima.

Endereço: Rua: Orlando Righetti, 269
Bairro: Fragata **CEP:** 17.519-230
UF: SP **Município:** MARILIA
Telefone: (14)3402-1744 **Fax:** (14)3422-1079 **E-mail:** dirpos@famema.br

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA-FAMEMA

Continuação do Parecer: 628.507

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa que visa avaliar a relação da auto estima/imagem corporal com a atividade da AR através da aplicação de questionários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado: Retirar Documentos assinados pelo CEP/FAMEMA após 08/05/14

Observação: O CEP FAMEMA informa que, a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo

MARILIA, 28 de Abril de 2014

Assinador por:
Valdeir Fagundes de Queiroz
(Coordenador)

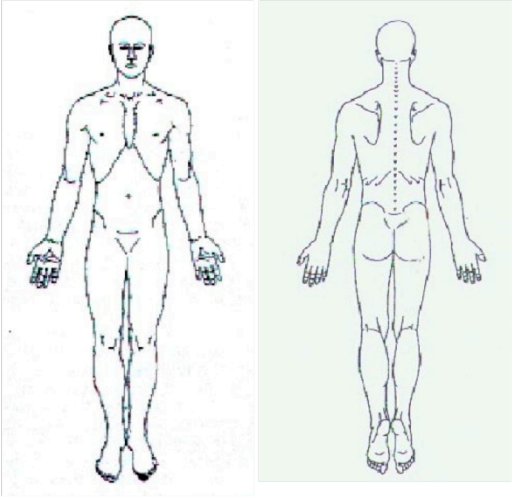
Endereço: Rua: Orlando Righetti, 269
Bairro: Fragata **CEP:** 17.519-230
UF: SP **Município:** MARILIA
Telefone: (14)3402-1744 **Fax:** (14)3422-1079 **E-mail:** dirpos@famema.br

ANEXO B

DAS28

Nome: _____ **Idade:** _____ **DN:** ___ / ___ / ___
Reg: _____ **Sexo:** ( ) F ( ) M **Cor:** ( ) B ( ) P ( ) mista ( ) outra: _____
Endereço: _____
Telefones contato: _____
Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) c/ companheiro(a) ( ) viúvo ( ) divorciado
Grau de instrução: _____ **Ano dx AR:** _____

FR: _____



Drogas em uso para AR (atual):
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Drogas no passado	
AINEs	
Prednisona	> dose diária:
Metotrexato	
Cloroquina	
Sulfassalazina	
Leflunomide	
Ouro	
Azatioprina	
Pulsoterapia CE	
Pulsoterapia CTx	
Ciclosporina	
Biológico	

ANEXO C

SF-12

1. **Em geral você diria que sua saúde é**: (circule uma)

1 Excelente
2 Muito Boa
3 Boa
4 Ruim
5 Muito ruim

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

	Sim. Dificulta muito	**Sim. Dificulta um pouco**	**Não. Não dificulta de modo algum**
B. Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
D. Subir **vários** lances de escada	1	2	3

4. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como **conseqüência de sua saúde física**? (circule um número em cada linha)

	Sim	**Não**
A. Você diminuiu a **quantidade de tempo** que se dedicava ao seu trabalho ou outras atividades?	1	2
B. Realizou **menos tarefas** do que você gostaria?	1	2
C. Esteve **limitado** no seu trabalho ou em outras atividades?	1	2
D. Teve **dificuldade** de fazer seu trabalho ou outras atividades? (necessitou de um esforço extra?)	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como conseqüência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule um número em cada linha)

	Sim	**Não**
A. Você diminuiu a **quantidade de tempo** que se dedicava ao seu trabalho ou outras atividades?	1	2
B. Realizou **menos tarefas** do que você gostaria?	1	2
C. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto **cuidado** como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? (Circule uma)

1 De forma nenhuma
2 Ligeiramente
3 Moderadamente
4 Bastante
5 Extremamente

8. Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? (Circule uma)

1 De maneira alguma
2 Um pouco
3 Moderadamente
4 Bastante
5 Extremamente

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas.** Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **às últimas 4 semanas.** (Circule um número para cada linha)

	Todo tempo	**A maior parte do tempo**	**Uma boa parte do tempo**	**Alguma parte do tempo**	**Uma pequena parte do tempo**	**Nunca**
A. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
E. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma)

1 Todo o tempo
2 A maior parte do tempo
3 Alguma parte do tempo
4 Uma pequena parte do tempo
5 Nenhuma parte do tempo

ANEXO D

Escala de autoestima de Rosenberg

(Versão EPM/Rosenberg)

1. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo (a).
2. As vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros).
3. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).
5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.
6. As vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas)
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível `as outras pessoas.
8. Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a).
9. Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a)
10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a)

    Opções de Respostas:

    a) Concordo plenamente

    b) Concordo

    c) Discordo

    d) Discordo plenamente

ANEXO E

Brazilian version of the Body Dysmorphic Disorder Examination

Instruções Gerais:

Período de tempo. As perguntas que você formulará estarão relacionadas às últimas quatro semanas da vida do entrevistado. Para facilitar a relembrar este período, comece perguntando ao entrevistado sobre o assunto e sobre o período de tempo e faça com que o ponto de partida seja específico. Uma frase útil para começar seria, "Eu perguntarei sobre as suas últimas quatro semanas, quer dizer, o período de tempo que data do dia ___ ao dia ____".

Perguntas com um asterisco deverão ser sempre feitas. As outras perguntas são feitas de acordo com a necessidade, dependendo da informação que você precise.

Diga ao entrevistado para usar qualquer número das respostas, não só os números que possuem uma descrição ao lado. Nem todas as respostas estão incluídas aqui; as respostas para as questões 1, 2, 3, 22, 33 e 34 não são fornecidas ao entrevistado, cabendo ao entrevistador escolher a resposta correta.

É melhor extrair uma explicação detalhada de como a característica se aplica ou não ao entrevistado. Peça ao entrevistado para discutir as respostas dele ou dela. Discuta o significado que ele ou ela deram àquele número. Por exemplo, porque ele (ela) chamou a característica "extrema" em vez de "moderada". Compare a avaliação dele (dela) com a sua própria impressão. Você não é obrigado(a) a usar o número do entrevistado como a avaliação final. Não conte para o entrevistado que resposta você selecionou.

Referindo-se ao problema de aparência do entrevistado. Começando com a pergunta 4, você pedirá ao entrevistado para refletir sobre o impacto do problema de aparência que ele ou ela referiu no começo da entrevista. Às vezes um problema único ou muito focal não responde por si só por toda a angústia de imagem do corpo. Em tais casos, o entrevistado poderia indicar ou isolar preocupações de aparência que de tal forma pareçam desajeitadas ou artificiais. Nestes casos, seria melhor recorrer a uma combinação de dois ou mais problemas de aparência ou a algum outro aspecto geral de aparência que melhor retrata os sentimentos do indivíduo. Por exemplo, referir sentir-se gordo é mais aceitável que descrever que possui coxas, nádegas, e braços gordos. Ou referir preocupações sobre a face em alguém que se queixa de problemas com o formato da boca e manchas na face. Apenas faça estas generalizações caso seja necessário. Caso contrário mantenha-se atento à reclamação inicial do entrevistado.

Pontuação:

Total de pontos. O escore final é a soma das respostas para todos os itens exceto: 1 a 3, 22, 33, 34.

Diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal. O procedimento seguinte é uma diretriz para usar o questionário de diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal de acordo com os critérios do Manual Estatístico e Diagnóstico de Distúrbios Mentais (DSM-IV).

Critério A: Preocupação com um imaginado problema na aparência. Se uma anomalia física leve estiver presente, a preocupação da pessoa é notadamente excessiva.

#2 = 0 ou 1
#9 = 4 ou mais alto
#10 ou #11 = 4 ou mais alto
#18 = 4 ou mais alto
#19 = 4 ou mais alto

Critério B: A preocupação causa angústia clinicamente significante ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento.

#9 = 4 ou mais alto
#10 ou #11 = 4 ou mais alto
#13 = 4 ou mais alto
todos os três anteriores ou:
#23, 24, 25, ou 26 = 4 ou mais alto

Critério C: A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental.

#34 = 0

Obs: A pontuação máxima do questionário corresponde a 168 pontos. Escores maiores que 66 já refletem certo grau de insatisfação com a aparência.

Entrevista

1. Descrição de problema na aparência física

* "O que você não tem gostado na sua aparência no último mês"?"

Instruções:

O entrevistado deverá nomear uma característica física. Se o entrevistado reclamar de características do corpo inteiro ou grandes regiões, peça ao entrevistado para localizar a reclamação dele ou dela o máximo possível.

Peça ao entrevistado para descrever a característica que ele não gosta em detalhes. Embora você deva tomar nota de comentários de julgamento, como "isto é feio", "este _____ é asqueroso", etc., esteja seguro de pedir ao entrevistado que descreva sobre o que é a característica "feia" ou "asquerosa" em condições mais objetivas. Em alguns casos, isolar uma única reclamação não caracteriza a preocupação principal do entrevistado. Permita ao entrevistado referir uma combinação de características para uma área.

2. Defeito físico observável (Se possível, solicitar que o entrevistado mostre o problema de aparência, a não ser em casos em que isto seja muito constrangedor para ele(a)).

Instruções: Informe a presença de um defeito observável.

0) nenhum problema de aparência observável.
1) problema informado é observável, embora não raro ou anormal (por exemplo, um nariz grande, sobrepeso moderado).
2) problema informado definitivamente é anormal (por exemplo, perna amputada, cicatrizes de queimaduras, obesidade grave).
3) nenhuma oportunidade para observar o problema.

3. Reclamações de transtorno delirante somático ou similar

Instruções: Informe se a reclamação representa algo estritamente defeituoso.

0) problema de aparência informado prejudica apenas a aparência.
1) o problema informado prejudica funções corpóreas
2) o problema assusta as pessoas.

4. Percepção da anormalidade do problema de aparência

* "Durante o último mês, até que ponto o sr(a) tem sentido que outras pessoas têm a mesma característica ou a mesma gravidade da característica que você descreveu acima?"

"O quanto esta condição está presente em outras pessoas?"

0) todo mundo tem a mesma característica.
1)
2) muitas pessoas têm a mesma característica.
3)
4) poucas pessoas têm a mesma característica.
5)
6) ninguém mais tem a mesma característica

5. Conferindo o problema
"Informe o número de vezes durante o último mês no qual você olhou atentamente o seu problema no espelho".
0) 0 vezes
1) 1-3 vezes
2) 4-7 vezes
3) 8-11 vezes
4) 12-16 vezes
5) 17-21 vezes
6) 22-28 dias vezes

6. Descontentamento com problema de aparência
*"Durante o último mês, quanto incômodo seu (a) _____ tem causado?"
0) nenhum incômodo.
1)
2) incômodo leve.
3)
4) incômodo médio.
5)
6) incômodo grande.

7. Descontentamento com a aparência geral
* "Durante o último mês, você tem se sentido incomodado com a sua aparência geral?"
0) nenhum incômodo.
1)
2) incômodo leve.
3)
4) incômodo médio.
5)
6) incômodo grande.

8. Busca de conforto
* "Durante o último mês, você procurou apoio com outras pessoas tentando ouvir que seu (a) _____ não é tão ruim ou anormal quanto você pensa que é?"

Instruções:
Gradue o número de dias durante o último mês em que o entrevistado buscou conforto de outros sobre o problema de aparência dele/dela.
0) nunca tentou se confortar
2) 4 -7 vezes/mês ou tentou se confortar uma ou duas vezes em cada semana.
3) 8-11 vezes/mês.
4) 12-16 vezes/mês ou tentou se confortar em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou tentou se confortar diariamente ou quase diariamente.

9. Preocupação com o problema de aparência
* "Com que freqüência você pensa em seu problema e se sente triste, desestimulado ou chateado?"
0) nunca fica chateado com o problema de aparência ou nunca pensa no problema de aparência.
1) 1-3 vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado uma ou duas vezes em cada semana.
3) 8-11 vezes.
4) 12-16 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado em metade dos dias da semana.
5) 17-21 vezes.
6) 22-28 vezes ou pensa nisto e se sente chateado diariamente ou quase diariamente.

10. Preocupação com o problema de aparência em situações públicas
* "Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu (a) _____ quando você estava em áreas públicas como lojas, supermercados, ruas, restaurantes, ou lugares onde havia principalmente pessoas que você não conhecia?"
0) nenhuma preocupação.
1)
2) leve preocupação.
3)
4) média preocupação.
5)
6) grande preocupação.

11. Preocupação sobre o problema de aparência em situações sociais
* "Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu problema quando estava em locais sociais com colegas de trabalho, conhecidos, amigos ou membros da família?"
0) nenhuma preocupação.
1)
2) leve preocupação.
3)
4) média preocupação.
5)
6) grande preocupação.

12. Freqüência com que o problema de aparência é notado por outras pessoas
* "Durante o último mês, com que freqüência você têm sentido que outras pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu(a) _____?"
0) nunca aconteceu.
1) 1-3 vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
3) 8-11 vezes/mês.
4) 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

13. Angústia relacionada ao problema de aparência notado por outras pessoas
* "Quanto você ficou chateado quando sentiu que as pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu (a) _____?"
0) não se sentiu chateado ou outras pessoas não notaram.
1) se sentiu ligeiramente chateado somente quando certas pessoas notaram.
2) se sentiu ligeiramente chateado quando qualquer um notou.
3) se sentiu medianamente chateado quando certas pessoas notaram.
4) se sentiu medianamente chateado quando qualquer um que notou.
5) se sentiu enormemente chateado quando certas pessoas notaram.
6) se sentiu enormemente chateado quando qualquer um notou.

14. Freqüência relacionada ao comentário de outros
* "Durante o último mês, com que freqüência alguém fez tanto um comentário positivo quanto negativo sobre seu (a) _____?"

Instruções:
Não inclua os comentários de avaliação que foram aparentemente solicitados pelo entrevistado.
0) nunca aconteceu.
1) 1 a 3 vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes a cada semana.
3) 8-11 vezes/mês.
4) 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

15. Angústia relacionada ao comentário de outros
* "Quanto você ficou chateado quando alguém fez um comentário sobre seu (a) _____?"
0) não ficou chateado ou outras pessoas não comentaram.
1) se sentiu ligeiramente chateado somente quando certas pessoas comentaram.
2) se sentiu ligeiramente chateado quando qualquer um comentou.
3) se sentiu medianamente chateado quando certas pessoas comentaram.
4) se sentiu medianamente chateado quando qualquer um comentou.
5) se sentiu enormemente chateado quando certas pessoas comentaram.
6) se sentiu enormemente chateado quando qualquer um comentou.

16. Freqüência com que foi tratado diferentemente por outros devido ao problema de aparência
* "Durante o último mês, com que freqüência você sentiu que outras pessoas o(a) trataram diferente ou de maneira que você não gostou por causa de seu (a) _____?"
0) nunca aconteceu.
1) 1-3 vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
3) 8-11 vezes/mês.
4) 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

17. Angústia relacionada ao tratamento diferenciado das outras pessoas devido ao problema de aparência
* "Quanto você ficou chateado quando as pessoas o(a) trataram diferente por causa de seu(a)_____?"
0) não ficou chateado ou não houve nenhum tratamento diferencial.
1) ligeiramente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
2) ligeiramente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
3) medianamente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
4) medianamente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
5) enormemente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas.
6) enormemente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.

18. Importância do problema de aparência
* "O quanto a sua aparência é importante comparada a outros valores como personalidade, inteligência, habilidade no trabalho, relacionamento com outras pessoas e execução de outras atividades?"
0) nenhuma importância.
1)
2) pouca importância.
3)
4) média importância.
5)
6) grande importância.

19. Auto-avaliação negativa devido ao problema de aparência
* "Durante o último mês, você se criticou devido ao seu (a) _____)?"
0) nenhuma crítica.
1)
2) poucas críticas.
3)
4) algumas críticas.
5)
6) muitas críticas.

20. Avaliação negativa feita por outras pessoas devido ao problema de aparência
* "Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas o(a) criticaram por causa de seu(a) _____ ?"
0) nenhuma crítica.
1)
2) poucas críticas aconteceram.
3)
4) algumas críticas aconteceram.
5)
6) muitas críticas aconteceram.

21. Percepção de atratividade física
* "Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas te acharam atraente"?
0) Sim, me acharam atraente
1)
2) Não, ligeiramente sem atrativos.
3)
4) Não, mediamente sem atrativos.
5)
6) Não, sem nenhum atrativo.

22. Grau de convicção do problema de aparência
Nota: Não faça esta pergunta se o entrevistado obteve pontuação 2 no item 2, isto é, tem uma anormalidade física definida que não é imaginada ou é exagerada.
* "Durante as últimas quatro semanas, você pensou alguma vez que seu (a) _____ poderia não ser tão ruim quanto você geralmente pensa ou que seu (a) _____ realmente não é anormal?"
Instruções: Determine se a pessoa pode reconhecer a possibilidade de que ele ou ela podem estar exagerando na extensão do defeito e que a preocupação é insensata ou sem sentido.
0) perspicácia boa, completamente atento ao exagero e à insensibilidade, embora preocupado com o defeito.
1) perspicácia regular. Pode admitir que a preocupação pode ser às vezes insensata ou sem sentido e que aquela aparência não é verdadeiramente defeituosa.
2) perspicácia pobre. Firmemente convencido que o defeito é real e que a preocupação não é sem sentido.

23. Afastamento de situações públicas
* "Durante o último mês, você evitou áreas públicas porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____? Você tem evitado ir a lojas, supermercados, ruas, restaurantes ou outras áreas onde haveria principalmente pessoas que você não conhecia? Com que freqüência?"
0) nenhum afastamento de situações públicas.
1)
2) evitou pouco.
3)
4) evitou com média freqüência.
5)
6) evitou muito.

24. Afastamento de situações sociais
* "Durante o último mês, você evitou trabalhar ou outras situações sociais com amigos, parentes, ou conhecidos porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____? Situações sociais podem incluir ir à escola, festas, reuniões familiares e etc. Com que freqüência?"
0) nenhum afastamento de situações sociais.
1)
2) evitou pouco
3)
4) evitou com média freqüência.
5)
6) evitou muito.

25. Afastamento de contato físico
* "Durante o último mês, você tem evitado contato físico com outras pessoas por causa de seu (a) _____? Isto inclui relação sexual como também outro contato íntimo como abraçar, beijar, ou dançar."
0) nenhum afastamento de contato físico.
1)
2) evitou pouco.
3)
4) evitou com média freqüência.
5)
6) evitou muito.

26. Afastamento de atividade física
* "Durante o último mês, você evitou atividades físicas como exercício ou recreação ao ar livre por causa de seu (a) _____?"
0) nenhum afastamento de atividade física.
1)
2) evitou pouco
3)
4) evitou com média freqüência.
5)
6) evitou muito

27. Escondendo o corpo
* "Durante o último mês, você se vestiu de forma a esconder, encobrir, disfarçar e/ou desviar atenção de seu (a) _____ ?" Utilizou maquiagem ou mudou seu corte de cabelo de algum modo especial para tentar esconder ou disfarçar seu (a) _____?"
0) nunca escondeu problema
1) 1-3 vezes/mês
2) 4-7 vezes/mês ou escondeu uma ou duas vezes em cada semana.
3) 8-11 vezes/mês
4) 12-16 vezes/mês ou escondeu em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês
6) 22-28 dias vezes/mês ou escondeu diariamente ou quase diariamente.

28. Alterando a postura corporal
* "Durante o último mês, você alterou seus movimentos corporais (como o modo de se levantar ou de se sentar, onde você põe suas mãos, como você caminha, que lado seu você mostra às pessoas) com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas do seu problema de aparência?"

Instruções:
Informe o número de dias durante o último mês no qual você alterou sua postura/movimentos corporais com a intenção de esconder seu problema.
0) nenhuma alteração de postura ou movimentos corporais.
1) 1-3 dias vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou uma ou duas alterações em cada semana.
3) 8-11 vezes/ mês.
4) 12-16 vezes/mês ou alteração em cerca de metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou alteração de postura ou movimentos corporais diariamente ou quase diariamente.

29. Inibição do contato físico
* "Durante o último mês, você evitou contato físico com outras pessoas com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas dele?"Por exemplo, você impediu outras pessoas de tocarem certas partes de seu corpo? Ou inibiu sua postura durante ato sexual ou outro contato físico íntimo como abraçar, beijar ou dançar?"

Instruções:
Quantifique a freqüência com que o entrevistado alterou postura ou movimentos corporais na tentativa de esconder seu problema de aparência durante situações de contato físico.
0) nunca inibiu o contato físico.
1)
2) inibiu em menos da metade das ocasiões de contato físico.
3)
4) inibiu em torno de metade das ocasiões de contato físico.
5)
6) inibiu em todas ou quase todas as vezes em que teve contato físico.

30. Evitando olhar para o corpo
* "Durante o último mês, você tem evitado olhar para seu corpo, particularmente para o seu (a) _____ para controlar sentimentos sobre sua aparência? Isto inclui evitar olhar para você, vestido ou sem roupas, diretamente ou em espelhos."

Instruções:
Quantifique o número de dias durante o último mês em que a pessoa evitou olhar para o problema com a intenção de controlar sentimentos sobre sua aparência.
0) nenhuma inibição de olhar para corpo.
1) 1-3 vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou evitou uma ou duas vezes em cada semana.
3) 8-11 vezes/mês.
4) 12-16 vezes/mês ou evitou em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou evitou olhar para corpo diariamente ou quase diariamente.

31. Evitando que outras pessoas olhem para o seu corpo
* "Durante o último mês, você tem evitado que outras pessoas vejam seu corpo sem roupas porque se sente incomodado com a sua aparência? Isto inclui não deixar seu cônjuge, parceiro, companheiro de quarto ou outras pessoas o(a) vejam sem roupas."
0) nenhuma inibição de que outros o vejam com o corpo despido devido ao problema.
1)
2) evitou pouco.
3)
4) evitou com média freqüência.
5)
6) evitou muito.

32. Comparação com outras pessoas
* "Durante as últimas quatro semanas, você comparou seu(a) _____ com a aparência de outras pessoas ao redor de você ou de revistas ou televisão?"
0) nenhuma comparação com outras pessoas.
1) 1-3 vezes/mês.
2) 4-7 vezes/mês ou uma ou duas comparações em cada semana.
3) 8-11 vezes/mês.
4) 12-16 vezes/mês ou comparações em metade dos dias.
5) 17-21 vezes/mês.
6) 22-28 vezes/mês ou comparações diárias ou quase diárias.

33. Estratégias de embelezamento

* "O que você tem feito para tentar mudar (reduzir, eliminar, corrigir) seu (a) _____ na tentativa de melhorar sua aparência?"

Instruções:

Determine todos os recursos que a pessoa usou para tentar alterar o problema de aparência. Uma prótese só deve ser considerada se a motivação para usá-la for melhorar a aparência. Considere estratégias usadas **em qualquer momento** (em vez de só nas últimas quatro semanas). Não considere estratégias empregadas para preocupações de aparência que são completamente sem conexão ao defeito presente ou que já foram completamente resolvidos. Por exemplo, não considere cirurgia estética para problema de nariz se a preocupação atual da pessoa for o quadril. Porém, uma história de lipoescutura para as coxas poderia ser considerada se a reclamação atual for quadris largos/culote.

Marque até três alternativas.

0) nenhuma estratégia ou tentativa para alterar o problema deaparência.
1) redução de peso através de dieta.
2) redução de peso através de exercícios.
3) redução de peso através de cirurgia (por exemplo, gastroplastia).
4) cirurgia estética para eliminação gordura (por exemplo, lipoescultura).
5) outra cirurgia estética (por exemplo, mastoplastia, rinoplastia, reversão de cicatriz).
6) tratamentos tópicos (por exemplo, para condições de pele ou calvície).
7) prótese (por exemplo, perna artificial ou prótese de silicone para melhorar a aparência).
8) outro (especifique) _____

34. Problema de aparência não considerado por outra desordem

Instruções: Determine se a reclamação está mais bem relacionada a outra desordem (por exemplo, desordem alimentar, desordem de identidade de gênero, desordem compulsiva obsessiva). Se as reclamações da aparência forem relacionadas ao tamanho ou forma do corpo, faça um exame separado para sintomas de desordens alimentares. Este questionário não é apropriado se a anorexia ou bulimia estão presentes e se não há outra reclamação diferente de peso.

0) a preocupação é restrita à aparência em vez de outras obsessões ou compulsões ou comportamento relacionado a fobias; preocupação não relacionada a uma manifestação de uma desordem alimentar ou desordem de identidade de gênero.
1) preocupação melhor considerada por outra desordem.