

RENATA TRAJANO BORGES JORGE

**VERSÃO BRASILEIRA DO *BODY DYSMORPHIC
DISORDER EXAMINATION.***

**Tese apresentada à Universidade Federal de São
Paulo para obtenção do Título de Mestre em
Ciências.**

SÃO PAULO

2006

RENATA TRAJANO BORGES JORGE

VERSÃO BRASILEIRA DO *BODY DYSMORPHIC DISORDER EXAMINATION*.

**Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo para obtenção do Título de Mestre
em Ciências.**

ORIENTADOR: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO

CO-ORIENTADORES: Prof. Dr. JAMIL NATOUR

Prof. Dr. GAL MOREIRA DINI

SÃO PAULO

2006

Jorge, Renata Trajano Borges
Verção brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination* / Renata Trajano Borges Jorge -- São Paulo, 2006.
XVI, 111f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica.

Título em inglês: Brazilian version of the *Body Dysmorphic Disorder Examination*.

1.Tradução 2.Questionário 3. Avaliação 4. Imagem corporal 5. Cirurgia Plástica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA
PLÁSTICA

COORDENADORA: Prof(a). Dra. Lydia Masako Ferreira

*À DEUS, por estar finalizando mais essa
etapa da minha vida, por ter me guiado,
me protegido e me dado força para suportar a
ausência da minha família durante todos esses anos.*

*Ao meu PAI, à minha MÃE e às minhas IRMÃS,
que apesar da distância física,
sempre estiveram presentes, me apoiando,
me incentivando e torcendo pelo meu sucesso.*

*Ao meu namorado **EDUARDO**, pelo amor, carinho, apoio e compreensão durante todos esses anos de ausência.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. **LYDIA MASAKO FERREIRA**, Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica e Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica, pela liderança e profissionalismo com que gerencia este programa e pela oportunidade dada a todos nós.

Ao professor Dr. **MIGUEL SABINO NETO**, professor orientador do Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica e idealizador deste trabalho, pela simpatia, disponibilidade, competência, pelas orientações e ensinamentos, enfim, por ter acreditado em mim.

Ao professor Dr. **JAMIL NATOUR**, professor adjunto da Disciplina de Reumatologia, por ser tão acessível e competente, pela ajuda, pelos ensinamentos e conselhos, pela simpatia, paciência, atenção e pelo exemplo como profissional.

Ao professor Dr. **JAMES ROSEN**, professor emérito da Universidade de Vermont, por ter cedido o questionário, por ter acreditado no nosso trabalho e pela sua boa vontade em nos orientar em todos os momentos da elaboração da tese.

À professora Dra. **DANIELA VEIGA**, professora orientadora do Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica, pela ajuda, pelas sábias orientações e por sua valiosa participação na elaboração desse trabalho.

Ao professor Dr. **GAL MOREIRA DINI**, professor orientador do Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica, por ter autorizado a utilização da escala de auto-estima de Rosenberg UNIFESP/EPM neste estudo, por sua presteza em elucidar todas as dúvidas e pelas orientações durante a elaboração da tese.

Ao professor Dr. **BERNARDO HOCHMAN**, chefe da Casa da Cirurgia Plástica, por ter nos cedido uma sala para avaliação dos pacientes.

A todos os **PROFESORES E COLEGAS** do programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica, pelo convívio, pelas orientações e contribuições feitas durante a elaboração da tese.

À **ELENA RODRIGUES DA SILVA**, técnica de enfermagem responsável pela casa da cirurgia plástica, pela ajuda dada na avaliação dos pacientes.

Às secretárias **SANDRA DA SILVA, MARTA REJANE E SILVANA COSTA**, pela simpatia e colaboração.

A Dra. **MÔNICA CRISTINA DI PIETRO**, médica do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, por ter autorizado a utilização da a escala *Body Shape Questionnaire* neste estudo.

À Dra. **ANAMARIA JONES**, fisioterapeuta, doutoranda em Reumatologia pela UNIFESP, pelo auxílio nas entrevistas dos pacientes.

Aos tradutores, em especial ao **JOSIAS BRITO** e à **JULIANA CAMARÃO** por todas as dúvidas solucionadas.

Ao Prof. **FÁBIO TADEU MONTESANO**, estatístico e professor da disciplina de bioestatística da UNIFESP, pela presteza em elucidar todas as dúvidas.

Ao amigo **MURILO LOUZADA**, por toda atenção, ajuda e por sua valiosa participação na elaboração deste trabalho.

Aos **PACIENTES** participantes do estudo, que disponibilizaram parte do seu tempo para responder às entrevistas.

“Cada pessoa que passa em nossas vidas, passa sozinha, pois cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada pessoa que passa em nossas vidas passa sozinha, mas não vai embora sozinha e nem nos deixa só, pois leva um pouco de nós e deixa um pouco de si. Há as que levam muito e há as que deixam pouco. Há as que deixam muito e há as que levam pouco. Esta é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as almas não se encontram por acaso.”

Charles Chaplin

(Homenagem especial a todos os orientadores)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	VII
LISTA DE FIGURAS.....	XII
LISTA DE TABELAS.....	XIII
LISTA DE ABREVIACÕES.....	XIV
RESUMO.....	XV
1. INTRODUÇÃO.....	17
2. OBJETIVOS.....	22
3. LITERATURA.....	24
4. MÉTODOS.....	31
5. RESULTADOS.....	40
6. DISCUSSÃO.....	47
7. CONCLUSÕES.....	56
8. REFERÊNCIAS.....	58
NORMAS ADOTADAS.....	69
FONTES CONSULTADAS.....	71
SUMMARY.....	73
APÊNDICES.....	75
ANEXOS.....	91

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Reprodutibilidade intra-observador.....	42
Figura 2	Reprodutibilidade inter-observador I.....	43
Figura 3	Reprodutibilidade inter-observador II.....	44
Figura 4	Distribuição conjunta das variáveis BDDE e Rosenberg.....	45
Figura 5	Distribuição conjunta das variáveis BDDE e BSQ.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela I Medidas descritivas de idade e escolaridade da amostra empregada para adaptação do questionário.....	34
Tabela II Distribuição da amostra empregada para adaptação do questionário quanto ao gênero.	34
Tabela III Distribuição da amostra empregada para adaptação do questionário quanto à raça.....	35
Tabela IV Distribuição da amostra empregada para adaptação do questionário quanto a queixa manifestada.....	35
Tabela V Médias descritivas de idade e escolaridade da amostra empregada para estudo de reprodutibilidade.....	37
Tabela VI Distribuição da amostra empregada para estudo de reprodutibilidade quanto à raça.....	38
Tabela VII Distribuição da amostra empregada para estudo de reprodutibilidade quanto a queixa relatada.....	38
Tabela VIII Medidas descritivas das três avaliações realizadas.....	42
Tabela IX Coeficiente de correlação linear de Pearson para estudo de associação entre os questionários de interesse.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS

AI	Auto-imagem
ABCDQ	<i>Assessment of body change and distress questionnaire</i>
BDDE	<i>Body dysmorphic disorder examination</i>
BSQ	<i>Body shape questionnaire</i>
CP	Cirurgia plástica
DASH	<i>Disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire</i>
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IC	Imagem corporal
KDQOL-SF	<i>Kidney disease quality of life-short-form</i>
MBSRQ	<i>Multidimensional body-self relations questionnaire</i>
MMSS	Membros superiores
MMII	Membros inferiores
T-ASI	<i>Teen addiction severity index</i>
TDC	Transtorno dismórfico corporal
TRAM	Músculo cutâneo transverso do reto do abdome
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
WOMAC	<i>Western Ontario and MacMaster Universities</i>

RESUMO

Introdução: A busca pela melhoria da imagem corporal é a principal motivação para os pacientes que pretendem se submeter a uma cirurgia plástica, portanto, a avaliação deste aspecto é uma etapa importante e preditora do sucesso do procedimento cirúrgico. **Objetivo:** Traduzir para o português, adaptar a cultura brasileira, testar a validade de construção e a reprodutibilidade do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE). **Métodos:** O questionário foi traduzido e adaptado de acordo com metodologia aceita internacionalmente. Foi realizada tradução e tradução reversa do instrumento, intercaladas de revisões feitas por um comitê multidisciplinar. Na fase de adaptação cultural, o BDDE, em sua versão em português, foi aplicado a 30 pacientes do ambulatório de cirurgia plástica. Durante esta fase, as questões que apresentaram mais de 20% de não entendimento foram modificadas e novamente aplicadas a mais 30 pacientes. Para avaliação da validade e reprodutibilidade, outros 33 pacientes foram entrevistados em duas ocasiões. Na primeira ocasião, por 2 entrevistadores diferentes e em um período de 7 a 15 dias por apenas um deles. Na primeira ocasião também foram administrados o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) e a Escala de auto-estima Rosenberg UNIFESP-EPM. **Resultados:** Durante a fase de adaptação, 6 questões foram analisadas e modificadas. Na etapa seguinte, foi realizada análise da consistência interna do instrumento e o teste de reprodutibilidade e validade. A consistência interna do instrumento foi de 0,89. O coeficiente de reprodutibilidade inter-observador foi de 0,91 e o intra-observador foi de 0,87. No que diz respeito a validade, pode-se afirmar que os questionários BDDE e Rosenberg apresentaram associação discreta (0,22), ao passo que

entre BDDE e BSQ a associação existente foi considerada moderada (0,64). **Conclusão:** O BDDE foi traduzido e adaptado com sucesso, demonstrando ser válido e reprodutível.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de imagem corporal (IC) ou auto-imagem (AI) pode ser formulado como um fenômeno psicológico de representação do corpo do indivíduo em sua mente e deste modo pode ser traduzido como a imagem que o indivíduo tem de si próprio ^{1,2} (SLADE,1994; SARWER *et al.*, 2002).

A busca pela melhoria da imagem corporal é considerada uma das principais motivações para os pacientes que procuram a cirurgia plástica (CP), em especial a de caráter estético, que tem sido definida como uma cirurgia que modifica a aparência do indivíduo e deste modo melhora sua auto-imagem e também a sua auto-estima ^{3,4,2,5-7} (PERTSCHUK *et al.*, 1998; GLATT *et al.*, 1999; SARWER *et al.* 2002; CASTLE *et al.*; 2002; BOLTON *et al.*, 2003; GROSSBART & SARWER., 2003).

A cirurgia plástica de caráter estético envolve queixas subjetivas e provavelmente por essa razão, a avaliação de resultados nesta área é uma tarefa bastante complexa. Tradicionalmente, estas avaliações baseiam-se em documentações fotográficas pré e pós-operatórias. No entanto, esforços vêm sendo feitos para que esse tipo de avaliação se torne mais humanizada e menos subjetiva ^{8-10,2,11} (RANKIN *et al.*, 1998; FITZPATRICK *et al.*, 1999; FERREIRA, 2000; SARWER, 2002; CANO, 2004).

Nos últimos anos, instrumentos de qualidade de vida vêm sendo largamente utilizados mundialmente ^{12-15,8,16-26}(COLE *et al.*, 1994; KLASSEN *et al.*, 1996; THE WHOQOL GROUP, 1998; KLASSEN *et al.*, 1998; RANKIN *et al.*, 1998; POWER *et al.*,1999; CICONELLI *et al.*, 1999; ADAMI *et al.*, 1999; NUSBAUM *et al.*, 2001; HARRIS & CAR, 2001; FERNANDES *et al.*, 2002; DINI *et al.*, 2004; MIYAMOTO *et al.*,2004; SARTES., 2005; ORFALE *et al.*, 2005; GUARALDI *et al.*, 2006) e têm sido cada vez mais valorizados por pesquisadores de todo o mundo, produzindo uma grande quantidade de publicações relacionadas a

este tema todos os anos ²⁷⁻³² (GUILLEMIN *et al.*, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON *et al.*, 2000; KIRKLEY & GRIFFIN, 2003; EBRAHIM, 1995; HERDMAN *et al.*, 1997). Estes instrumentos são classificados em dois grupos principais: instrumentos genéricos e instrumentos específicos ³⁰⁻³², (KIRKLEY & GRIFFIN, 2003; EBRAHIM, 1995; HERDMAN *et al.* 1997).

Os instrumentos genéricos avaliam os pacientes de uma maneira global, no entanto, apresentam limitações como não avaliar certos aspectos da qualidade de vida relevantes e/ou específicos de uma determinada doença ou tratamento ³⁰⁻³² (KIRKLEY & GRIFFIN, 2003; EBRAHIM, 1995; HERDMAN *et al.* 1997).

Os instrumentos específicos foram desenhados para tentar suprir estas limitações e geralmente são específicos para certas doenças, regiões anatômicas, populações ou funções ³⁰⁻³² (KIRKLEY & GRIFFIN, 2003; EBRAHIM, 1995; HERDMAN *et al.*, 1997).

A maioria dos instrumentos de qualidade de vida foi desenvolvida em países de língua inglesa, portanto, pesquisadores que não dispõem de um instrumento apropriado em seu idioma possuem duas alternativas: criar um instrumento que mensure a sua condição de interesse ou traduzir e adaptar para o seu idioma um instrumento válido e confiável que já seja utilizado em outros países ²⁷⁻²⁹ (GUILLEMIN *et al.*, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON *et al.*, 2000).

A criação de um novo instrumento é uma tarefa complexa e, além disso, é necessário avaliar a real necessidade da criação de um novo questionário, caso já exista em outros países um instrumento com a proposta de interesse e de boa qualidade ²⁷⁻²⁹ (GUILLEMIN *et al.*, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON *et al.* 2000).

A opção que tem se apresentado mais viável e que tem como vantagem a comparação de resultados entre diferentes culturas é a tradução

e a adaptação cultural de instrumentos. Para realização deste tipo de estudo, segue-se uma metodologia aceita atualmente como o melhor conjunto de métodos de validação de instrumentos de qualidade de vida ²⁷⁻²⁹ (GUILLEMIN *et al.*, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON *et al.* 2000).

De acordo com esta padronização, as etapas a serem seguidas são a tradução para o idioma desejado por pelo menos dois tradutores qualificados; a tradução reversa do instrumento para o idioma de origem; revisões realizadas por um comitê multidisciplinar entre estas fases para correção de eventuais equívocos cometidos durante as traduções e a adaptação cultural do instrumento que objetiva avaliar o grau de compreensão das questões por parte dos pacientes ²⁷⁻²⁹ (GUILLEMIN *et al.*, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON *et al.* 2000).

Após conclusão de todas essas fases, os instrumentos devem ter suas propriedades psicométricas testadas para serem considerados confiáveis. As principais propriedades psicométricas a serem testadas são a validade, a reprodutibilidade e a responsividade ^{16,30-32} (POWER *et al.*, 1999; KIRKLEY & GRIFFIN, 2003; EBRAHIM, 1995; HERDMAN *et al.*, 1997).

É de extrema importância a padronização de um instrumento de avaliação de imagem corporal em cirurgia plástica, não só para localizar a queixa do indivíduo e avaliar os resultados do procedimento cirúrgico, como também para tentar detectar possíveis distúrbios de imagem corporal entre os pacientes e se esse for o caso, indicar tratamento especializado ^{3,4,33-41} (PERTSCHUK *et al.*, 1998; GLATT *et al.*, 1999; ROSEN *et al.*, 1995; ROSEN *et al.*, 1995; SARWER, 1997; OZGUR *et al.*, 1998; KLASSEN *et al.*, 1999; SIMIS *et al.* 2001; ALAGOZ *et al.*, 2003; CHING *et al.*, 2003; SARWER *et al.*, 2003).

O questionário *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) é um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida que abrange

um único domínio, a imagem corporal.^{40,42,43} (ROSEN & REITER, 1996; RAMIREZ & ROSEN, 2001; CHING *et al.*, 2003).

Foi desenvolvido pela Universidade de Vermont (EUA) com a finalidade de auxiliar no diagnóstico do transtorno dismórfico corporal (TDC) e conseqüentemente verificar o grau de insatisfação com relação a uma determinada característica física. O TDC se caracteriza por uma preocupação excessiva com uma imperfeição física discreta ou inexistente em uma pessoa de aparência normal e é considerado uma contra-indicação potencial para pessoas que desejam se submeter a cirurgias plásticas, já que estes pacientes costumam não se beneficiar das cirurgias.^{44,45} (ANDERSON., 2003; KISELY *et al.*, 2002).

Em nosso país não há instrumentos validados e adaptados ao contexto cultural brasileiro que avaliem imagem corporal dando ênfase a uma característica física específica, deste modo, propõe-se a tradução da versão aplicada por entrevistas do *Body Dysmorphic Disorder Examination*.

2. OBJETIVOS

Traduzir para a língua portuguesa, adaptar à cultura brasileira, testar a validade de construção e a reprodutibilidade do BDDE.

3. LITERATURA

GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993) realizaram revisão da literatura para avaliar como estavam sendo feitas as traduções e adaptações culturais de instrumentos de qualidade de vida para uso em diferentes idiomas ou culturas. Após análise desses dados, os autores propuseram uma padronização para o processo de tradução com diretrizes quanto ao número, seqüência e complexidade das etapas a serem seguidas, objetivando ao máximo preservar a integridade do instrumento original.

EBRAHIM (1995) estudou as etapas que compõem o processo de validação de instrumentos de qualidade de vida, frisando a importância da avaliação de pacientes através desses instrumentos.

ROSEN & REITER (1996) criaram o questionário BDDE com a finalidade de avaliar imagem corporal e diagnosticar o transtorno dismórfico corporal. O questionário possui 34 itens, requer aproximadamente 10-15 minutos para ser aplicado, possui versão auto-aplicável e versão aplicada por entrevistas e encontra-se em processo de tradução para o espanhol, italiano, francês e polonês. O escore máximo é de 168 pontos. O questionário possui adequados coeficientes de validade e reprodutibilidade.

SARWER *et al.* (1998) utilizaram o BDDE e o *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ) para avaliar a imagem corporal de pacientes no pré-operatório de cirurgia plástica reparadora e de pacientes que procuravam procedimentos estéticos não cirúrgicos. Os dois grupos não diferiram quanto ao grau de insatisfação com a aparência geral ou com uma característica física específica.

SARWER *et al.* (1998) entrevistaram 100 mulheres no pré-operatório de cirurgia plástica estética utilizando o BDDE e o MBSRQ. Os autores chegaram à conclusão que 7% da amostra apresentavam critérios diagnósticos de transtorno dismórfico corporal.

CICONELLI *et al.* (1999) traduziram, adaptaram culturalmente e testaram as propriedades psicométricas do questionário SF-36 em pacientes com artrite reumatóide, constatando que a versão brasileira do instrumento é reprodutível e válida para ser utilizada na avaliação da qualidade de vida.

FITZPATRICK *et al.* (1999) em um estudo de revisão, observaram que muitos dos problemas enfrentados pelos pacientes de cirurgia plástica envolvem experiências subjetivas, por isso, a importância dos instrumentos baseados em avaliações da qualidade de vida. No entanto, frisaram que os instrumentos considerados de boa qualidade devem apresentar adequada validade, reprodutibilidade e sensibilidade e devem ser precisos, interpretáveis, aceitáveis e viáveis.

FERREIRA (2000) avaliou pré e pós-operatoriamente pacientes submetidas à mastoplastia redutora e afirmou que a avaliação dos resultados do procedimento cirúrgico estético é uma tarefa bastante complexa e que apesar do advento do sistema de fotografias digitalizadas, nada é mais importante na avaliação de resultados que a opinião do próprio paciente.

NUSBAUM *et al.* (2001) traduziram para a língua portuguesa e validaram o questionário Roland–Morris para uso em pacientes com diagnóstico de lombalgia. Obtiveram satisfatórios coeficientes de reprodutibilidade e de validade.

DI PIETRO (2001) adaptou e validou o instrumento de avaliação de insatisfação corporal *Body Shape Questionnaire* para uso no Brasil, assegurando que a adaptação cultural manteve as características do instrumento original.

KISELY *et al.* (2002) compararam dois grupos de pacientes no pré-operatório de cirurgia estética. O grupo teste apresentava queixas subjetivas relacionadas à aparência e o grupo controle era composto por pacientes pós-trauma e pós-mastectomia. Foram utilizados nesse estudo os questionários *general health questionnaire* e o *dysmorphic concern questionnaire*. Os autores constataram que os pacientes de cirurgia estética apresentavam altas taxas de transtorno dismórfico corporal e morbidades psiquiátricas quando comparados ao grupo controle.

SARWER *et al.* (2002) revisaram a literatura objetivando entender as motivações psicossociais que envolvem os pacientes que se submetem a cirurgia plástica estética, valorizando a importância de se procurar entender cada vez mais os aspectos psicológicos que envolvem este tipo de paciente.

KIRKLEY & GRIFFIN (2003) verificaram que os índices avaliadores de resultados em ortopedia correspondiam em sua maioria aos itens, amplitude de movimento, força ou variáveis radiográficas. Os autores constataram ainda que estes índices eram insuficientes para avaliar aspectos funcionais e psicológicos da saúde, propondo assim uma revisão dos tipos de instrumentos existentes e as etapas que devem ser seguidas para seu correto uso.

FALCÃO *et al.* (2003) avaliaram as etapas metodológicas propostas na tradução e validação de instrumentos de qualidade de vida, constatando

que a complexa metodologia adotada neste tipo de estudo deve ser reavaliada e simplificada.

BOLTON *et al.* (2003) avaliaram pré e pós-operatoriamente a imagem corporal, a auto-estima e a satisfação com a vida em pacientes submetidos à abdominoplastia. Os autores constataram em seus resultados mudanças positivas de imagem corporal no pós-operatório, no entanto, nenhuma mudança significativa foi encontrada em aspectos como a auto-estima e satisfação com a vida. Frisaram ainda que este tipo de avaliação é útil não só para tentar detectar psicopatias como também mensurar os resultados do procedimento cirúrgico.

CHING *et al.* (2003) avaliaram vários instrumentos de qualidade de vida e concluíram que os questionários de imagem corporal são os mais frequentemente utilizados na avaliação de resultados de procedimentos cirúrgicos estéticos. Os autores basearam suas conclusões em uma criteriosa revisão de literatura referente a instrumentos utilizados em cirurgia plástica.

CANO *et al.* (2004) revisaram literatura referente aos instrumentos de qualidade de vida utilizados em cirurgia plástica, chegando à conclusão que a maioria destes instrumentos não obedece a padrões científicos rigorosos.

DINI *et al.* (2004) traduziram para a língua portuguesa, adaptaram ao contexto cultural brasileiro e validaram a escala de auto-estima de Rosenberg. A versão brasileira apresentou precisos índices de validade e reprodutibilidade, assegurando sua utilização nesta população.

MIYAMOTO *et al.* (2004) traduziram para o português, adaptaram culturalmente e testaram a reprodutibilidade do instrumento *Berg Balance Scale*. A escala apresentou bons índices de reprodutibilidade e mostrou ser um instrumento confiável para ser utilizado na avaliação do equilíbrio físico.

VEIGA *et al.* (2004) avaliaram a qualidade de vida de pacientes submetidos à reconstrução mamária tardia com retalho TRAM (músculo cutâneo do reto do abdome) pediculado, chegando à conclusão que houve uma melhora na qualidade de vida destes pacientes.

DUARTE *et al.* (2005) traduziram para o português, adaptaram culturalmente e validaram o instrumento *Kidney Disease Quality of Life-Short-Form* (KDQOL-SF) para ser utilizado pela população brasileira. Esta versão provou ser válida e confiável para avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de doença renal em estágio final ou diálise crônica.

ORFALE *et al.* (2005) traduziram para a língua portuguesa, adaptaram culturalmente e testaram a validade e reprodutibilidade do instrumento *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire* (DASH). Os valores estatísticos da validade de construção e da reprodutibilidade foram considerados de excelente confiabilidade.

SARTES (2005) traduziu para a língua portuguesa e validou o instrumento *Teen Addiction Severity Index* (T-ASI). Os resultados do estudo demonstraram que o T-ASI é um instrumento válido para avaliar abuso e dependência de drogas em adolescentes.

GLASER & KAMINER (2005) revisaram a literatura com o objetivo de familiarizar cirurgiões plásticos e dermatologistas dos principais sinais diagnósticos do TDC. Afirmaram também que a precoce detecção do distúrbio tem um impacto positivo no tratamento e também na relação médico-paciente.

GUARALDI *et al.* (2006) traduziram para o idioma italiano e validaram o questionário *Assessment of body change and distress questionnaire* (ABCDQ) em pacientes portadores do vírus HIV. Os resultados do estudo evidenciaram adequada validade e reprodutibilidade do instrumento.

4. MÉTODOS

4.1 Tradução

Após contato com o autor do questionário solicitando autorização para tradução, adaptação e validação do mesmo, iniciou-se a tradução do instrumento (Anexo 1).

Seguindo as orientações propostas por Guillemin *et al.* (1993)²⁷ o questionário BDDE em sua versão original (Anexo 2) foi traduzido da língua inglesa para a língua portuguesa por dois tradutores independentes que conheciam os objetivos do trabalho. As duas traduções resultantes foram analisadas por um grupo multidisciplinar composto neste estudo por dois cirurgiões plásticos, um reumatologista e um fisioterapeuta. O grupo avaliou todas as questões com o propósito de encontrar possíveis erros cometidos durante a fase de tradução e também analisar a aplicabilidade de cada questão. Após algumas reuniões, chegou-se a uma versão consenso em português.

4.2 “*Back-Translation*” ou Tradução Reversa

A versão consenso em português foi novamente traduzida para a língua inglesa por outros dois tradutores independentes que não conheciam o questionário original e os objetivos do trabalho. As duas versões resultantes foram analisadas e comparadas ao questionário original pelo mesmo grupo multidisciplinar, buscando a presença de eventuais erros cometidos durante a “*back-translation*” e tentando construir uma versão consenso. Esta versão consenso em inglês foi comparada à versão original em inglês até que todas as discordâncias fossem solucionadas. Finalizada essa etapa, a versão consenso em português e a versão consenso em inglês

foram enviadas ao autor do questionário para que o mesmo aprovasse as traduções realizadas.

4.3 Amostra

Foram entrevistados no total 93 indivíduos, maiores de 18 anos, selecionados consecutivamente no ambulatório de cirurgia plástica do Hospital São Paulo – Universidade Federal de São Paulo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (Anexo 3) e assinatura de um termo de consentimento que esclarecia os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da participação, o sigilo das informações colhidas e a possibilidade de abandonar a pesquisa em qualquer etapa da mesma sem que isso acarretasse em prejuízo no seu tratamento na instituição (Apêndice 1).

4.4 Adaptação Cultural

A versão consenso em português foi aplicada em 30 pacientes nesta fase. Inicialmente foram coletados dados sócio-demográficos (Apêndice 2) e em seguida foi iniciada a entrevista. Após leitura de cada questão, os pacientes deveriam responder se entenderam ou não a questão e se tivessem entendido, deveriam explicá-la com suas próprias palavras. Aquelas questões que apresentaram mais de 20% de não entendimento por parte dos pacientes foram analisadas e modificadas pelo grupo multidisciplinar. Todas as questões modificadas foram novamente aplicadas a um outro grupo de 30 pacientes do mesmo ambulatório até que o nível de

compreensão das questões fosse superior a 80%. No total, durante a fase de adaptação cultural foram entrevistados 60 pacientes em duas fases distintas de entrevistas. Esta versão foi então submetida a uma última avaliação pela equipe multidisciplinar e novamente enviada ao autor do questionário, consolidando a versão brasileira do instrumento, nomeada de BDDE-Brasil (Apêndice 3). Os dados sócio-demográficos da amostra estão demonstrados nas tabelas de número um a quatro.

Tabela I - Medidas descritivas de idade e escolaridade da amostra empregada para adaptação do questionário.

	Idade (anos)	Escolaridade (anos)
Média	42,62	9,85
Desvio-padrão	12,94	3,33
Mínimo	18,00	3,00
Máximo	73,00	16,00

Tabela II - Distribuição da amostra empregada para adaptação do questionário quanto ao gênero.

Gênero	N	Porcentagem
Masculino	8	13,3
Feminino	52	86,7
Total	60	100,0

Tabela III - Distribuição da amostra empregada para adaptação do questionário quanto à raça.

Raça	N	Porcentagem
Branca	46	76,7
Negra	13	21,6
Amarela	1	1,7
Total	60	100,0

Tabela IV - Distribuição da amostra empregada para adaptação do questionário quanto à queixa manifestada.

Queixa	N	Porcentagem
Abdome	22	36,6
Mamas	24	40,0
MMSS	1	1,7
MMII	3	5,0
Ortognática	4	6,7
Pálpebra	6	10,0
Total	60	100,0

4.5 Propriedades Psicométricas

No que se refere às propriedades psicométricas, embora o objetivo deste estudo tenha sido somente testar a validade de construção e a reprodutibilidade do instrumento, é interessante expor o significado de alguns conceitos relacionados à estas propriedades.

As propriedades psicométricas são divididas em três grupos principais, a validade, reprodutibilidade e a responsividade ⁵³ (FLETCHER *et al.*, 2003).

4.5.1 Validade

A validade de um instrumento é definida como a capacidade que ele tem em medir aquilo que se propõe a medir e pode ser classificada em validade de conteúdo, validade de construção e validade de critério ⁵³ (FLETCHER *et al.*, 2003).

Validade de Conteúdo: é definida como a relevância de cada item do instrumento para a mensuração do tema abordado. É geralmente elaborada antes da construção dos itens por especialistas do assunto em questão ^{53,54} (FLETCHER *et al.*, 2003; PASQUALI, 1997).

Validade de Construção: é testada por meio da comparação do instrumento em questão com instrumentos que medem aspectos que de alguma forma estão relacionados ao tema central estudado ^{53,54} (FLETCHER *et al.*, 2003; PASQUALI, 1997).

Validade de Critério: refere-se a uma comparação com um instrumento padrão-ouro e pode ser realizada através de cálculos estatísticos ^{53,54} (FLETCHER *et al.*, 2003; PASQUALI, 1997).

4.5.2 Reprodutibilidade

É a habilidade que um instrumento possui de se manter estável, ou seja, apresentar resultados semelhantes, quando aplicado por diferentes entrevistadores (reprodutibilidade inter-observador) ou em ocasiões diferentes pelo mesmo entrevistador (reprodutibilidade intra-observador), considerando que o estado clínico ou a queixa do indivíduo não tenha sofrido alterações ^{27,53,54} (GUILLEMIN *et al.*, 1993; FLETCHER *et al.*, 2003; PASQUALI, 1997).

4.5.3 Consistência Interna

É definido como o grau de correlação entre os itens de uma escala e é calculado estatisticamente através do coeficiente alfa de Cronbach. Se os itens de uma escala apresentam um alto nível de correlação, assume-se que eles medem um único conceito e, portanto apresentam consistência interna.

4.5.4 Responsividade ou Sensibilidade: característica apresentada na medida em que os resultados do instrumento se alteram com a mudança das condições clínicas do paciente ²⁷ (GUILLEMIN *et al.*, 1993).

4.6. Validação

Nesta fase foram entrevistados 33 pacientes do sexo feminino e que não tivessem participado da fase de adaptação cultural. As pacientes foram comunicadas através de contato telefônico e todas as entrevistas foram realizadas na casa da cirurgia plástica-UNIFESP por dois entrevistadores distintos. Adotou-se como método de exclusão pacientes que faltassem a alguma das entrevistas, viessem a ser operadas antes da segunda entrevista ou que por qualquer motivo desejassem abandonar a pesquisa.

As pacientes foram avaliadas através de três entrevistas distintas. Na primeira ocasião foram entrevistadas pelo avaliador um e avaliador dois em salas diferentes com intervalo de pelo menos vinte minutos entre as entrevistas (reprodutibilidade inter-observador). Na segunda ocasião os pacientes foram novamente entrevistados pelo entrevistador um com intervalo de sete a 15 dias da primeira entrevista (reprodutibilidade intra-observador).

Na primeira ocasião foram colhidos dados sócio-demográficos juntamente com as entrevistas. As características sócio-demográficas das pacientes que participaram das duas fases de entrevista encontram-se nas tabelas cinco, seis e sete.

Tabela V - Distribuição da amostra empregada para estudo de reprodutibilidade quanto à queixa relatada.

Queixa	N	Porcentagem
Abdome	10	33,3
Mama	17	56,7
MMSS	2	6,7
MMII	1	3,3
Total	30	100,0

Tabela VI - Medidas descritivas de idade e escolaridade da amostra empregada para estudo de reprodutibilidade.

	Idade (anos)	Escolaridade (anos)
Média	38,13	11,53
Desvio-padrão	12,17	2,98
Mínimo	18,00	4,00
Máximo	62,00	16,00

Tabela VII - Distribuição da amostra empregada para estudo de reprodutibilidade quanto à raça.

Raça	N	Porcentagem
Branca	23	76,7
Negra	7	23,3
Total	30	100,0

A validade de construção foi testada na primeira ocasião pelo entrevistador um através da aplicação do BDDE e de mais outros dois instrumentos, o BSQ e a escala de auto-estima de Rosenberg UNIFESP-EPM. O BSQ é instrumento que avalia preocupações com a forma corporal e insatisfação com o próprio corpo, auxiliando no diagnóstico de transtornos alimentares (DI PIETRO, 2001 / Anexo 4). A Escala de auto-estima de Rosenberg UNIFESP/EPM é instrumento que avalia auto-estima (DINI *et al.* 2004 / Anexo 5).

Foi realizada análise estatística descritiva de aspectos sócio-demográficos das etapas de adaptação cultural, validade e reprodutibilidade do questionário. Para estudar a consistência interna do instrumento utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach cujo intervalo está compreendido entre -1 e $+1$. Para testar a validade, foi utilizado o coeficiente de correlação linear de Pearson, cujo intervalo também está compreendido entre -1 e $+1$. Para testar a reprodutibilidade foi utilizado o coeficiente de correlação intraclassas, cujo intervalo varia entre 0 e 1 (ALTMAN, 1991).

5. RESULTADOS

5.1 Adaptação Cultural

Nesta fase, seis questões foram modificadas por terem apresentado índice de não compreensão superior a 20%. As questões modificadas foram as questões número cinco em que a palavra *gradue* foi substituída por *informe*, questão número oito, sendo a expressão *obter conforto* substituída por *procurar apoio*, questões 19 e 20 em que a expressão *avaliação negativa* foi substituída por *crítica*, questão 28, sendo o termo *controlar postura* substituído por *alterar postura* ou *alterar movimentos corporais* e questão 31 em o termo *despido* foi substituído por *sem roupas*.

5.2 Propriedades Psicométricas

O tempo médio de administração do questionário foi de 10 minutos e 40 segundos. Dentre as 33 pacientes selecionadas para esta fase, 56,7% delas seriam submetidas à mastoplastia de aumento e 33,3% à abdominoplastia. Três pacientes foram excluídas do estudo.

Na tabela 8 estão apresentados os valores obtidos com a aplicação da versão BDDE-BRASIL na primeira entrevista realizada pelo avaliador um (entrevista 1), na entrevista realizada pelo avaliador dois (entrevista 2) e na segunda entrevista realizada pelo avaliador um (entrevista 3).

Tabela VIII - Medidas descritivas das três avaliações realizadas.

	entrevista1	entrevista2	entrevista3
Média	80,77	74,90	78,60
Desvio-padrão	28,36	30,53	32,04
Mínimo	29,00	23,00	13,00
Máximo	154,00	149,00	154,00

5.2.1 Consistência Interna

Para avaliação da consistência das respostas observadas, calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach, cujo valor foi de 0,892 [0,823; 0,939]. O intervalo foi calculado por *bootstrap*, método de reamostragem empregado para calcular intervalos de confiança.

5.2.2 Reprodutibilidade

Reprodutibilidade intra-observador

O coeficiente de correlação intraclass calculado para as entrevistas 1 e 3 foi de 0,871 [0,750; 0,936] (figura 1).

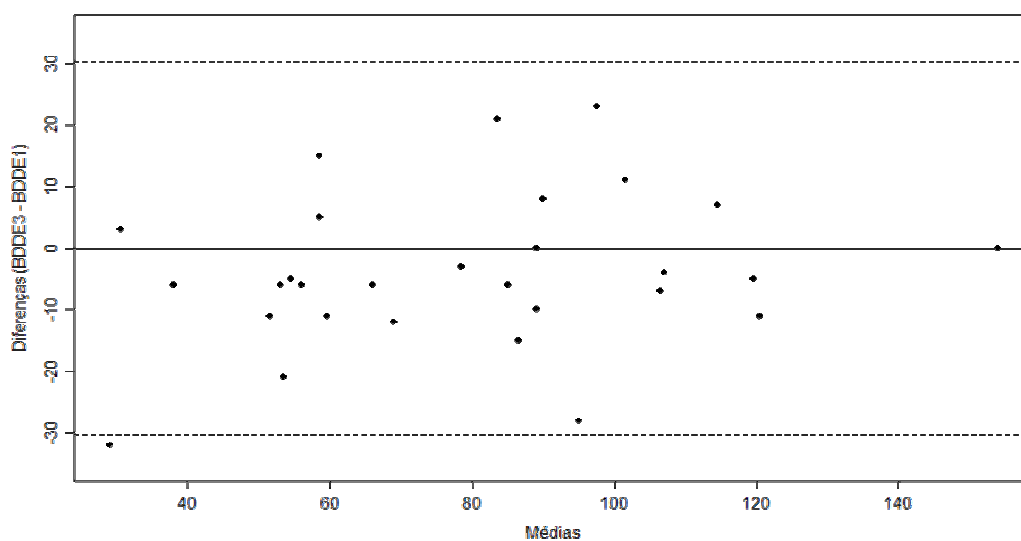


Figura 1 – Reprodutibilidade Intra-observador

Reprodutibilidade Inter-observador - I

O coeficiente de correlação intraclass calculado para as entrevistas feitas por diferentes observadores (entrevistas 1 e 2) foi de 0,910 [0,820; 0,956] (figura 2).

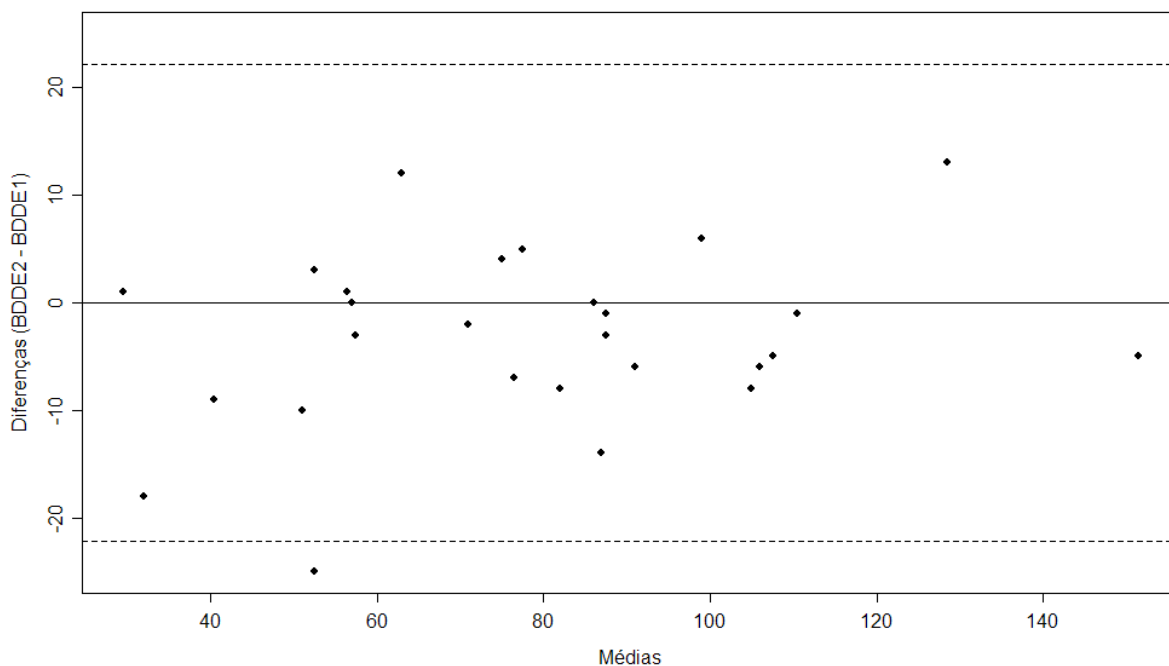


Figura 2 – Reprodutibilidade Inter-observador I

Reprodutibilidade inter-observador II

O coeficiente de correlação intraclass calculado para as avaliações 2 e 3 (reprodutibilidade inter-observador) foi de 0,873 [0,752; 0,937] (figura 3).

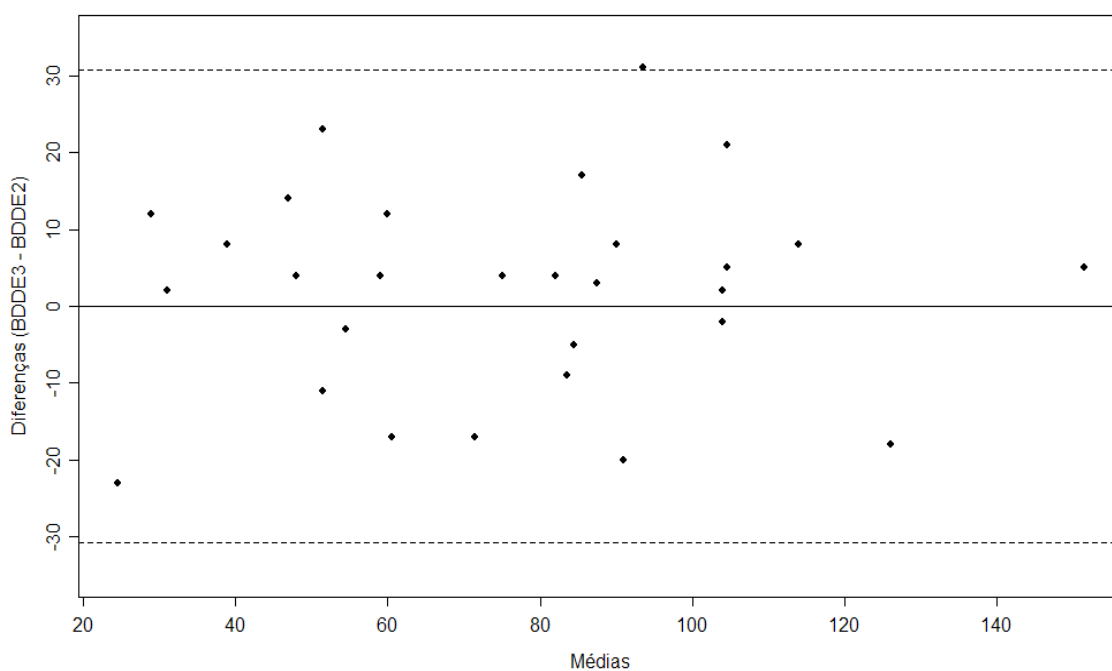


Figura 3 – Reprodutibilidade Intra-observador – II

5.2.3 Validade de Construção

Para estudar a associação entre os escores do BDDE, BSQ e da Escala de auto-estima de Rosenberg UNIFESP/EPM construiu-se gráficos de dispersão (figura 4 e 5) e utilizou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson (Tabela IX). Os resultados obtidos permitem afirmar que os escores dos questionários BDDE e Rosenberg UNIFESP/EPM apresentam associação discreta, ao passo que entre BDDE e BSQ a associação existente é moderada.

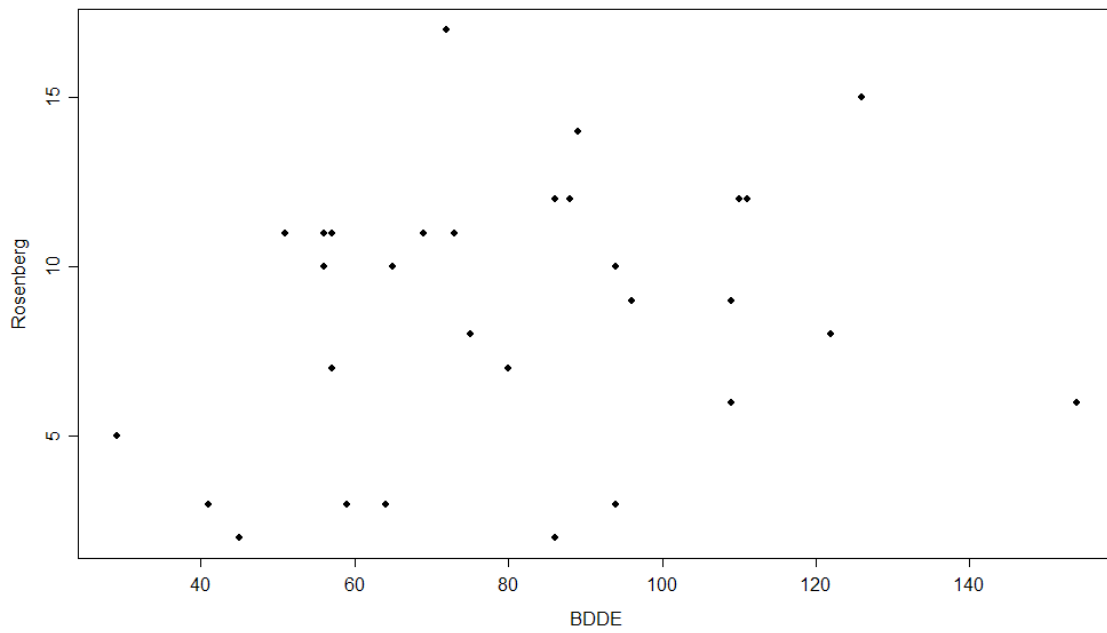


Figura 4 - Distribuição conjunta das variáveis BDDE e Rosenberg.

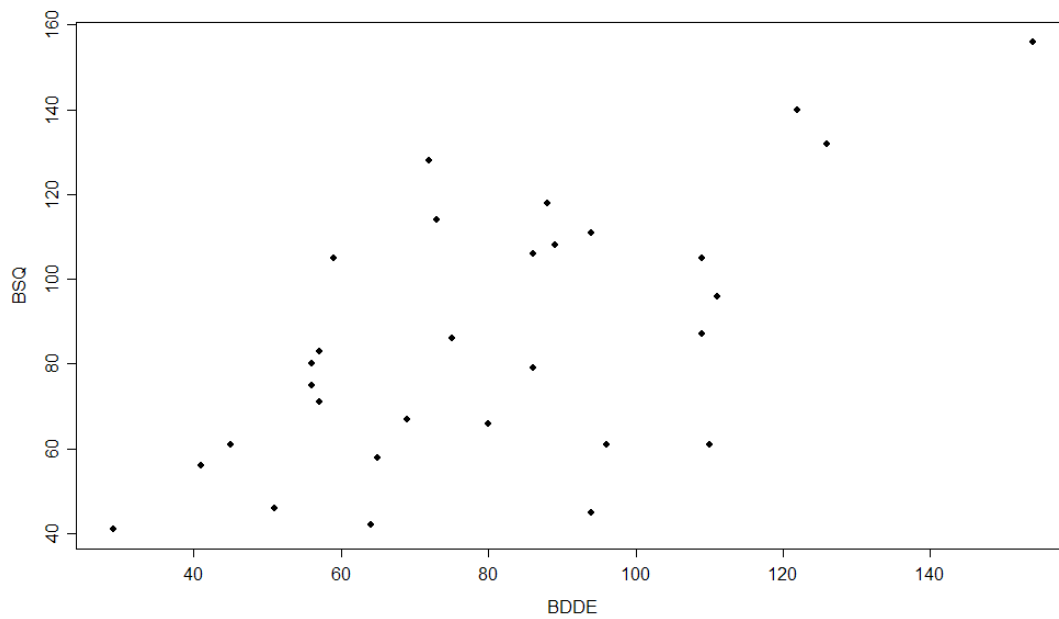


Figura 5 - Distribuição conjunta das variáveis BDDE e BSQ.

Tabela IX - Coeficientes de correlação linear de Pearson para estudo da associação entre os questionários de interesse.

	Coeficiente	Intervalo de confiança	
BDDE e Rosenberg	0,229	-0,143	0,544
BDDE e BSQ	0,641	0,365	0,813

6. DISCUSSÃO

O desenvolvimento e a validação de instrumentos que avaliam qualidade de vida tornaram-se uma importante e reconhecida área da pesquisa médica. Esse fato se deve principalmente ao reconhecimento da necessidade de monitoração e avaliação do tratamento focalizando o paciente e não somente a sua queixa ou doença. Desta maneira, vários instrumentos foram criados e estão sendo traduzidos para outros idiomas com a finalidade de medir as condições de bem-estar dos indivíduos ²⁷⁻³² (GUILLEMIN *et al.*, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON *et al.*, 2000; KIRKLEY & GRIFFIN, 2003; EBRAHIM, 1995; HERDMAN *et al.*, 1997).

A avaliação da imagem corporal é uma etapa fundamental no cuidado a diversos tipos de pacientes e em cirurgia plástica desempenha papel importantíssimo, demonstrando ter um impacto positivo tanto no tratamento como também na relação médico-paciente ^{2,5,40} (SARWER *et al.*, 2002; CASTLE, 2002; CHING *et al.*, 2003).

Tradicionalmente, a avaliação do paciente que se submete a cirurgia plástica tem se baseado em documentações fotográficas, no entanto este tipo de avaliação não consegue capturar aspectos ligados às percepções do paciente ^{11, 40}, (CANO *et al.*, 2004; CHING *et al.*, 2003).

Em nosso país, até então, não havia disponível um questionário de avaliação de imagem corporal que desse ênfase a uma característica física específica e que também auxiliasse no diagnóstico do transtorno dismórfico corporal. Um instrumento de avaliação de imagem corporal é importante não só na localização da queixa do paciente como também na avaliação dos resultados do procedimento cirúrgico e na detecção de possíveis transtornos dismórficos entre os pacientes ^{6,35,36,39,41,47} (BOLTON *et al.*, 2003; SARWER *et al.*, 1997; OZGUR *et al.*, 1998; ALAGOZ *et al.*, 2003; SARWER *et al.*, 2003; SARWER *et al.*, 1998).

Dentro desse contexto, selecionou-se o BDDE como uma ferramenta que pudesse se tornar um parâmetro adicional na avaliação de pacientes

que se submetem a cirurgias plásticas e com isso poder capturar aspectos subjetivos relacionados à queixa desses pacientes.

Após ampla revisão da literatura pertinente, o BDDE foi escolhido por apresentar adequada validade e reprodutibilidade e menor número de questões quando comparado a questionários similares. O instrumento já vem sendo utilizado nas áreas de psicologia, dermatologia, nutrição e cirurgia plástica nos Estados Unidos e encontra-se em processo de tradução para outros idiomas, como italiano, francês, alemão e polonês, no entanto, os estudos relativos aos testes das propriedades psicométricas desses instrumentos ainda não foram publicados, o que nos impossibilita de tentar comparar a metodologia adotada e os resultados obtidos ^{3,4,42,46,47} (PERTSCHUK *et al.*, 1998; GLATT *et al.*, 1999; ROSEN & REITER, 1996; SARWER *et al.*, 1998;; SARWER *et al.* 1998).

A hipótese de criação de um novo instrumento foi logo descartada, devido à existência de questionários de boa qualidade já utilizados pela comunidade científica internacional e porque esta opção dificultaria a comparação futura de resultados entre estudos realizados por diferentes culturas.

Devido aos altos índices de analfabetismo e evasão escolar dos pacientes que freqüentam as instituições de saúde pública do nosso país e com o intuito de aumentar a população para a qual o instrumento poderia ser aplicado, optamos por traduzir, adaptar e validar a versão aplicada por entrevistas ⁵⁵ (RIBEIRO, 1997).

Seguindo orientações feitas por GUILLEMIN *et al.* (1993) ²⁷, reconhecida como a mais conceituada metodologia para tradução e validação de instrumentos de qualidade de vida, o BDDE foi traduzido para a língua portuguesa, adaptado ao contexto cultural brasileiro e submetido ao teste das propriedades psicométricas.

O não seguimento de uma metodologia adequada para este tipo de estudo pode induzir a uma série de problemas que vão desde a escolha inapropriada de um instrumento até a escolha de um questionário que não foi adequadamente testado e portanto, provavelmente, diferente de sua versão original. A tradução literal dos termos não é suficiente, portanto, deve-se assegurar que os tradutores e a equipe multidisciplinar obedeçam a critérios como à equivalência semântica que avalia questões pertinentes ao vocabulário e à gramática, à equivalência idiomática que trata de expressões idiomáticas e coloquialismos, à equivalência experimental que avalia se os termos traduzidos são coerentes com as experiências vividas pela população alvo e a equivalência conceitual que corresponde à validade de um termo entre diferentes culturas. Todos esses fatores devem ser rigorosamente avaliados para que o instrumento seja o mais fidedigno possível ^{27-29,32,49} (GUILLEMIN *et al.*, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON *et al.* 2000; HERDMAN *et al.* 1997; FALCÃO *et al.*, 2003).

O tempo médio de aplicação do questionário foi de 10 minutos e 40 segundos. O teste do *Berg Balance Scale*, instrumento traduzido e validado para o nosso idioma e que avalia o equilíbrio físico em atividades diárias, leva aproximadamente 15 minutos para ser aplicado ²³ (MIYAMOTO *et al.*; 2004). O SF-36, questionário genérico de medida de qualidade de vida, necessita de aproximadamente 7 minutos para ser aplicado ¹⁷ (CICONELLI *et al.*; 1999). Há também na literatura instrumentos que demandam bem menos tempo para serem aplicados, como é o caso da Escala de auto-estima Rosenberg UNIFESP-EPM, cujo tempo médio de aplicação são 2 minutos ²² (DINI *et al.*; 2004).

Para adaptação cultural do instrumento foram entrevistados 60 indivíduos divididos em duas fases de interrogatório, sendo que na segunda fase apenas as questões que se mostraram incompreensíveis para mais de 20% dos indivíduos durante a primeira fase foram aplicadas. Dentre estes

pacientes, a escolaridade média encontrada foi de 9,85 anos. No estudo de criação e validação do BDDE, os autores entrevistaram 694 pacientes, sendo a escolaridade média de 14,3 anos estudados ⁴² (ROSEN & REITER, 1996). CICONELLI *et al.*; (1999) ²⁷ entrevistaram 40 pacientes em 2 fases de entrevistas, consolidando a versão brasileira do questionário SF-36. NUSBAUM *et al.*; (2001) ¹⁹ entrevistaram 30 pacientes na adaptação cultural e obtiveram percentual de compreensão superior a 80% já na primeira fase das entrevistas, não necessitando, assim, de uma nova fase de interrogatórios.

Algumas questões necessitaram ser modificadas na adaptação cultural. As modificações realizadas disseram respeito somente a alteração de palavras ou termos, mantendo o significado semântico das questões.

A questão número cinco, onde se lia: “**Gradue** o número de vezes durante o último mês no qual você se olhou atentamente no espelho”, foi modificada por “**Informe** o número de vezes no qual você se olhou atentamente no espelho”.

Na questão número 8, onde se lia: “Durante o último mês, você tentou **obter conforto** de outras pessoas tentando ouvir que seu problema não é tão ruim ou anormal quanto você pensa que é?”; lê-se agora: “Durante o último mês, você **procurou apoio** com outras pessoas tentando ouvir que seu problema não é tão ruim ou anormal quanto você pensa que é?”.

Nas questões 19 e 20, onde se lia: “Durante o último mês, você se **avaliou negativamente** devido ao seu (a) _____?”, e “Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas o(a) **avaliaram negativamente** por causa de seu(a) _____?” lê-se agora: “Durante o último mês, você se **criticou** devido ao seu (a) _____)” e “Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas o(a) **criticaram** por causa de seu(a) _____?”.

Na questão 28, onde se lia: “Durante o último mês, você **controlou**

*sua postura ou movimentos corporais com a intenção de esconder seu(a) _____ ou distrair a atenção das pessoas dele?” lê-se agora: “Durante o último mês, você **alterou seus movimentos corporais** com a intenção de esconder seu(a) _____ ou distrair a atenção das pessoas dele?”*

Na questão 31 onde se lia: “Durante o último mês, você tem evitado que outras pessoas vejam seu corpo **despido** porque se sente incomodado com a sua aparência?” lê-se agora: “Durante o último mês, você tem evitado que outras pessoas vejam seu corpo **sem roupas** porque se sente incomodado com a sua aparência?”.

A necessidade de modificação nessas questões pode ser explicada pelo fato destas expressões, em sua maioria, não serem usualmente utilizadas pela população entrevistada ou ainda pelo alto percentual de analfabetos funcionais existentes em nosso país. Termo este que se refere ao indivíduo que superou quatro anos de estudo, ou seja, sabe ler e escrever e mesmo assim, apresenta dificuldades em compreender o significado da palavra falada e escrita (RIBEIRO, 1997).⁵⁵

Para testar a validade e reprodutibilidade do instrumento, foram entrevistadas 33 pacientes do sexo feminino. ORFALE *et al.*, (2005)²⁵ entrevistaram 40 pacientes pra testar a validade e reprodutibilidade do *DASH*, instrumento de avaliação dos membros superiores. DINI *et al.*; (2004)²² entrevistaram 32 pacientes para testar a validade da Escala de auto-estima de Rosenberg UNIFESP/EPM.

Uma limitação existente neste estudo foi o fato das fases de validade e reprodutibilidade terem sido testadas somente em mulheres, o que compromete a aplicação do questionário em indivíduos do sexo masculino no que diz respeito à manutenção das propriedades psicométricas existentes no instrumento original, no entanto, não impede sua utilização neste sexo, já que o questionário original foi desenvolvido para ser utilizado em ambos os sexos.

A pontuação máxima do questionário é de 168 pontos. O escore é dado a partir da soma de 28 dos 34 itens do instrumento, excetuando-se as questões 1, 2, 3, 22, 33 e 34. A média de escore obtida pelos entrevistadores na primeira ocasião foi de 80,7 para o entrevistador um e 74,9 para o entrevistador 2. Na segunda ocasião, o escore médio obtido foi de 78,6 para o entrevistador 1.

De acordo com os valores citados acima, a reprodutibilidade intra-observador foi de 0,87. ROSEN & REITER⁴² obtiveram um coeficiente de 0,94 no estudo original de validação do BDDE. A reprodutibilidade inter-observador encontrada foi de 0,91, aproximando-se também do valor obtido na validação do instrumento original, que foi de 0,99 (ROSEN & REITER, 1996)⁴². Esses valores atestam que os resultados obtidos neste estudo são compatíveis com os resultados do estudo de criação e validação do BDDE.

A consistência interna das questões do instrumento e a correlação das questões entre si, índice medido pelo alfa de Cronbach, foi de 0,89, valor este que indica que as questões, apesar de terem sofrido algumas modificações, não perderam seu significado de origem e continuaram medindo o mesmo conceito, a imagem corporal. No estudo de criação e validação do BDDE, este índice foi de 0,93 (ROSEN & REITER, 1996)⁴². DUARTE *et al.*; (2004)⁵¹ obtiveram um coeficiente superior a 0,80 para todos os domínios do instrumento. CICONELLI *et al.*; (1999)¹⁷ obtiveram um coeficiente compreendido entre 0,3 e 0,5.

No que se refere à validade de construção, por não haver instrumentos que mediam o mesmo conceito mensurado pelo BDDE e por este estudo ter se baseado em trabalhos que salientavam a importância da avaliação de aspectos psicológicos em pacientes que pretendem se submeter à cirurgia plástica, selecionou-se instrumentos que avaliavam conceitos similares, como, a escala de auto-estima Rosenberg UNIFESP-

EPM e o questionário *Body Shape Questionnaire*. A correlação encontrada quando se correlacionou o BDDE e a Escala de auto-estima Rosenberg UNIFESP-EPM foi de 0,22. ROSEN & REITER (1996)⁴² encontraram uma correlação de 0,43. Quando se correlacionou o BDDE e o questionário BSQ, o valor encontrado foi de 0,64. ROSEN & REITER (1996)⁴² encontraram uma correlação de 0,69. A correlação entre BDDE e BSQ, apesar de ser considerada moderada não atesta que os instrumentos medem o mesmo conceito e sim que as respostas de muitas questões se aproximaram umas das outras quando se comparou os dois instrumentos. A correlação entre BDDE e a Escala de auto-estima Rosenberg UNIFESP-EPM pode ser definida como uma correlação fraca, ou seja, muitas questões apresentaram respostas divergentes quando se comparou os dois instrumentos. Um fato que pode tentar explicar os resultados obtidos em neste estudo, ou seja, as pacientes não apresentaram auto-estima alterada, é que nossa amostra foi composta em sua maioria (56,66%) por pacientes que buscavam cirurgia para aumento de mama, provavelmente influenciadas pela mídia, que frequentemente dita os padrões de beleza vigentes em nossa sociedade e não propriamente dito, por apresentarem auto-estima alterada (VECCHIATTI,2002)⁵⁶.

Até então, a maioria dos estudos realizados em nosso país que envolvem a avaliação de qualidade de vida em cirurgia plástica, utilizam entrevistas dirigidas a respeito de desordens psiquiátricas e questionários de avaliação global de qualidade de vida e auto-estima.⁵⁷⁻⁶² (RIBEIRO *et al.*,1992; RIBEIRO *et al.*,1995; FERREIRA, 2000; DINI, 2004; GARCIA *et al.*, 2006; FREIRE *et al.*, 2004; SABINO NETO *et al.*, 2006).

Este foi o primeiro estudo que aplicou um instrumento de avaliação de imagem corporal em indivíduos que desejavam se submeter a cirurgia plástica no Brasil, embora nosso propósito não fosse avaliar a imagem corporal e sim, validar o instrumento.

O BDDE-Brasil torna-se então um parâmetro adicional na avaliação de pacientes de cirurgia plástica e, portanto, um instrumento de grande valia nesta área.

Como perspectivas futuras e devido ao êxito na tradução e adaptação cultural e aos satisfatórios valores da validade e reprodutibilidade obtidos neste estudo, pesquisas subseqüentes devem ser desenvolvidas com o intuito de avaliar a imagem corporal e conseqüentemente testar a responsividade do questionário, confirmando desta maneira, a capacidade do instrumento de detectar mudanças no estado de saúde dos pacientes. Além disso, a comparação de resultados entre estudos realizados por diferentes culturas deve ser incentivada.

7. CONCLUSÕES

1. O BDDE foi traduzido e adaptado com sucesso.
2. O instrumento provou ser válido e reprodutível.

8. REFERÊNCIAS

1. Slade P. What is body image? *Behav Res Ther.* 1994;32(5):497-502.
2. Sarwer D, Wadden T, Whitaker L. An investigation of changes in body image following cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 109(1):370-71.
3. Pertschuk M, Sarwer D, Wadden T, Whitaker L. Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesth Plast Surg.* 1998; 22:20-4.
4. Glatt B, Sarwer D, O'Hara D, Hamori C, Bucky L, LaRossa D. A retrospective study of changes in physical symptoms and body Image after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999;103(1):76-84.
5. Castle D, Honigman R, Phillips K. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *Med J Aus.* 2002;176:601-04.
6. Bolton M, Pruzinsky T, Cash T, Persing J. Measuring outcomes in plastic surgery: body Image and quality of life in abdominoplasty patients. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(2):619-25.
7. Grossbart TA, Sarwer DB. Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. *Sem Cut Med Surg.*2003;22(2):136-47.
8. Rankin M, Borah G, Perry A, Whey PH. Quality of life outcomes after cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 1998;102(6):2139-45.

9. Fitzpatrick R, Jenkinson C, Klassen A, Goodacre T. Methods of assessing health-related quality of life and outcome for plastic surgery. *Br J Plast Surg.* 1999;52:251-55.
10. Ferreira MC. Evaluation of results in aesthetic plastic surgery: preliminary observations on mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(7):1630-35.
11. Cano S, Browne J, Lamping D. Patient-based measures of outcome in plastic surgery: current approaches and future directions. *Br J Plast Surg.* 2004;57:1-11.
12. Cole RP, Shakespeare V, Shakespeare P, Hobby JAE. Measuring outcome in low priority plastic surgery patients using quality of life indices. *Br J Plast Surg.* 1994;47:117-21.
13. Klassen A, Jenkinson R, Fitzpatrick R, Goodacre T. Patient's health related quality of life before and after aesthetic surgery. *Br J Plast Surg.* 1996;49:433-38.
14. The Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569-85.

15. Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Measuring quality of life in cosmetic surgery patients with a condition-specific instrument: the derriford scale. *Br J Plast Surg.* 1998;51:380-84.
16. Power M, Bullinger M, Harper A, The world health organization quality of life group. The world health organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups world wide. *Health Psychol.* 1999;18(5):495-505.
17. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39(3):143-50.
18. Adami G, Meneghelli A, Bressani A, Scopinaro N. Body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery. *J Psychosom Res.* 1999;46(3):275-81.
19. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire Brazil Roland–Morris. *Braz J Med Biol Res.* 2001;34(2):203-10.
20. Harris DL, Carr AT. The Derriford appearance scale (DAS59): new psychometric scale for the evaluation of patients with disfigurements and aesthetic problems of appearance. *Br J Plast Surg.* 2001;54:216-22.

21. Fernandes MI. Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose *Womac* (Western Ontario and MacMaster Universities) para a língua portuguesa. [Tese de Mestrado] São Paulo: Departamento de Reumatologia, UNIFESP, 2002.
22. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2004;19(1):41-52.
23. Miyamoto ST, Lombardi Junior I, Berg KO, Ramos LR, Natour J. Brazilian version of the berg balance scale. *Braz J Med Biol Res.* 2004; 37(9):1411-21.
24. Sartes LM. Versão brasileira do T-ASI (Teen Addiction Severity Index): análise da consistência interna e validação da área de uso de substâncias. [Tese de Mestrado] São Paulo: Departamento de Psicobiologia, UNIFESP, 2005.
25. Orfale A, Araújo P, Ferraz MB, Natour J. Translation into brazilian portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38(2):293-302.
26. Guaraldi G, Orlando G, Murri R, Vandelli M, De Paola M, Begheto B *et al.* Quality of life and body image in the assessment of psychological

impact of lipodystrophy: validation of the italian version of assessment of body change and distress questionnaire. *Qual Life Res.* 2006;15:173-78.

27. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(12):1417-32.

28. Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol.* 1995;24:61-3.

29. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25(24):3186-91.

30. Kirkley A, Griffin S. Development of disease-specific quality of life measurement tools. *Arthroscopic.* 2003;19(10):1121-28.

31. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1383-94.

32. Herdman M, Fox-Rushbuy J, Badia X. Equivalence and translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res.* 1997;6:237-47.

33. Rosen JC, Orosan P, Reiter J. Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behav Ther.* 1995;26:25-42.
34. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1995; 63:263-69.
35. Sarwer DB. The “obsessive” cosmetic surgery patient: a consideration of body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder. *Plast Surg Nurs.* 1997;17(4):193-209.
36. Ozgur F, Tuncali D, Gursu G. Life satisfaction, self-esteem and body image: a psychosocial evaluation of aesthetic and reconstructive surgery candidates. *Aesth Plast Surg.* 1998;22:412-19.
37. Klassen A, Fitzpatrick R, Jenkinson C, Goodacre T. Contrasting evidence of the effectiveness of cosmetic surgery from two health related quality of life measures. *J Epidemiol Community Health.* 1999;53:440-41.
38. Simis KJ, Verhulst FC, Koot HM. Body image, psychosocial functioning and personality: how different are adolescents and young adults applying for plastic surgery? *J Child Psychiat.* 2001;42(5):669-78.
39. Alagoz MS, Basterzi AD, Uysal AC, Tuzer V, Unlu RE, Sensoz O, Goka E. The psychiatric view of patients of aesthetic surgery: self-esteem, body image and eating attitude. *Aesth Plast Surg.* 2003;27:345-48.

40. Ching S, Thoma A, McCabe R, Anthony M. Measuring outcomes in aesthetic surgery: a comprehensive review of the literature. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 111(1):469-80.
41. Sarwer DB, Creeand CE, Didie ER. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. *Facial Plast Surg.* 2003;19(1}:8-17.
42. Rosen JC, Reiter J. Development of the body dysmorphic disorder Examination. *Behav Res Ther.* 1996;34(9):755-66.
43. Ramirez EM, Rosen JC. A comparison of weight control and weight control plus body image therapy for obese men and women. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69:440-446.
44. Anderson RC. Body dysmorphic disorder: recognition and treatment. *Plast Surg Nurs.* 2003;23(3):125-129.
45. Kisely S, Morkell D, Allbrook B, Briggs P. Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002;36:121-26.
46. Sarwer D, Whitaker L, Pertschuk M, Wadden T. Body image concerns of reconstructive surgery patients: an unrecognized problem. *Ann Plast Surg.* 1998;40(4):403-07.

47. Sarwer D, Wadden T, Pertschuk M, Whitaker L. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101:1644-49.
48. Di Pietro MC. Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala *Body Shape Questionnaire* em uma população de universitários. [Tese de Mestrado] São Paulo: Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, 2001.
49. Falcão DM, Ciconelli RM, Ferraz MB. Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology. *J Rheumatol.* 2003;30(2):379-85.
50. Veiga DF, Sabino Neto M, Ferreira LM, Garcia EB, Veiga Filho J, Nono NF. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 2004;57:252-57.
51. Duarte PS, Ciconelli RM, Sesso R. Cultural adaptation and validation of the “Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF™ 1.3)” in Brazil. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38(2):261-70.
52. Glaser D, Kaminer M. Body dysmorphic disorder and the liposuction patient. *Dermatol Surg.* 2005;31(5):559-61.

53. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Anormalidade. In: *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3ª edição. São Paulo: Art Méd; 2003; p. 29-36.

54. Pasquali L. *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: editora UNB;1997.

55. Ribeiro VM. Analfabetismo funcional: referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. *Educ. Soc.* [online]. 1997;18(60):144-158. [Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101>].

56. Vecchiatti IR. O consumo de mídia, a internalização do padrão cultural de beleza magra feminina, insatisfação corporal e comportamentos alimentares de universitários de letras, nutrição e educação física. [Tese de Mestrado] São Paulo: Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, 2002.

57. Ribeiro SFM, Ferreira MC, Tuma Júnior P, Bonamichi. Aspectos de personalidade e motivações de pacientes para mastoplastia. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo*. 1992;47(96):290-94.

58. Ribeiro SFM, Ferreira MC, Tuma Júnior P, Jacquemin A. Avaliação psicológica pré-operatória de pacientes submetidas a ritidoplastia. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo*.1995;50:17-21.

59. Dini GM. Validade de construção e sensibilidade da escala de auto-estima de Rosenberg/UNIFESP-EPM. [Tese de Doutorado] São Paulo: Departamento de Cirurgia Plástica, UNIFESP, 2004.
60. Garcia EB, Lemos AL, Sabino Neto M, Freire M, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem after breast asymmetry Surgery. *Plastic Reconstr Surg.* 2006;118(4):144-149.
61. Freire M, Sabino Neto M, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Quality of life after reduction mammoplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2004;38:1-5.
62. Sabino Neto M, Freire M, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Functional capacity and postural pain outcomes after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(4):117-21.

NORMAS ADOTADAS

Altman, DG. Practical Statistics for Medical Research. London: Chapman and Hall; 1991.

Consulta ao DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. [www.bireme.br/terminologia em saúde](http://www.bireme.br/terminologia-em-saude).

ICMJE – International Committee of Medical Journals Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal. Disponível em: <http://www.icmje.org>.

Goldenberg S. Orientação Normativa para Elaboração e Difusão de Trabalhos Científicos. São Paulo: 2001. Disponível em: <http://www.metodologia.org>.

ORIENTAÇÃO NORMATIVA PARA ELABORAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE TESES. Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica UNIFESP.2006.

Rother ET, Braga ME. Como Elaborar sua Tese: estrutura e referências. São Paulo: 2005.122p.

FONTES CONSULTADAS

Houaiss A, Villar M, Franco FM. Mini Houaiss. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. 481p.

Bechara E. Moderna Gramática Portuguesa. Rio de Janeiro: Lucerna; 2003. 672 p.

Parker J, Stahel M. Password – English Dictionary for Speakers of Portuguese. São Paulo: Martins Fontes; 1998. 783p.

SUMMARY

Introduction: To perform body image is the main motivation to plastic surgery patients, so, outcome assessments in plastic surgery are a important step in determining results. **Objectives:** The aim of this study was to translate the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) questionnaire into Brazilian Portuguese, and to adapt and validate the questionnaire for Brazilians. **Methods:** Initially, the BDDE was translated into Portuguese and then back-translated into English. These translations were then discussed by health care workers in order to establish the final Brazilian version. To determine the cultural equivalence, 30 patients from a plastic surgery outpatient clinic were interviewed. Any incomprehensible questions were modified and applied again to a new group of 30 patients from the same clinic. In the second stage, the validity and reliability of the questionnaire for the Brazilian population were assessed. For this, a new group of 30 patients was initially interviewed by two interviewers and subsequently, on a different occasion, by only one of these interviewers. On the first occasion, in addition to the BDDE, the Body Shape Questionnaire (BSQ) and the Rosenberg self-esteem scale UNIFESP-EPM, were also applied. The intraclass correlation coefficient (ICC) was computed to assess the intraobserver and interobserver reliabilities and Pearson's correlation was computed to assess the construction validity. **Results:** Six questions were modified during the assessment of cultural equivalence. Cronbach's α was 0.89, and the ICC for interobserver and test-retest reliability was 0.91 and 0.87, respectively. Pearson's correlation showed a weak correlation between the BDDE and the Rosenberg self-esteem scale (0.23), whereas there was a moderate correlation between the BDDE and the BSQ (0.64). **Conclusions:** These results indicate that the BDDE was successfully translated and adapted, with good reliability and good construction validity.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Versão Brasileira do Body Dysmorphic Disorder Examination

Trata-se de um estudo não experimental e transversal cujo objetivo é traduzir para a língua portuguesa, adaptar a cultura brasileira, testar a validade de construção e a reprodutibilidade do BDDE. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo.

O sr. (a) será submetido a aplicação de 3 questionários e será entrevistado novamente em um intervalo de 7-14 dias. Este procedimento não trará risco nenhum para sua saúde.

Não há benefícios diretos para o participante, pois trata-se apenas de um estudo transversal de tradução e validação de um questionário cujo propósito maior é produzir a versão brasileira deste instrumento.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é Renata Trajano Borges Jorge, que pode ser encontrada no endereço Rua Napoleão de Barros, 715, 4 andar, Vila Clementino, telefone: 55764118. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 672, 1º andar, conj. 14, 5571 1062, e-mail: cepuinfesp@epm.br.

É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento para deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo a continuidade de seu tratamento na instituição. Você também terá o direito de se manter informado a respeito da pesquisa. Além disso, as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se

existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo, o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Tradução para Língua Portuguesa, Adaptação Cultural e Reprodutibilidade do Questionário de Imagem Corporal *Body Dysmorphic Disorder Examination*”.

Ficam claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho a garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido no meu atendimento neste Serviço.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do paciente / representante

_____ Data: ____/____/____
Assinatura da Testemunha

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva e visual.

(somente para o responsável do projeto)

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

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do responsável pelo estudo

APÊNDICE 2 - Ficha de Avaliação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA
Body Dysmorphic Disorder Examination.

Data:

RG HSP:

Nº avaliação:

Nome:

Tel:

Data de nascimento:

Sexo:

Profissão:

Raça:

Anos estudados::

O que deseja operar?

Por que?

APÊNDICE 3 – Versão BDDE - Brasil

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 significativa 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 severa).

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 frequência 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. FREQUÊNCIA COM QUE O PROBLEMA DE APARÊNCIA É NOTADO POR OUTRAS PESSOAS

* "Durante o último mês, com que frequência 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. FREQUÊNCIA RELACIONADA AO COMENTÁRIO DE OUTROS

* "Durante o último mês, com que frequência 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. FREQUÊNCIA COM QUE FOI TRATADO DIFERENTEMENTE POR OUTROS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

* "Durante o último mês, com que frequência 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 frequência?"

- 0 - nenhum afastamento de situações públicas.
- 1 -
- 2 - evitou pouco
- 3 -
- 4 - evitou com média frequência.
- 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 frequência?"

- 0 – nenhum afastamento de situações sociais.
- 1 –

- 2 - evitou pouco
- 3 -
- 4 - evitou com média frequência.
- 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 frequência.
- 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 frequência.
- 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 MOVIMENTOS CORPORAIS

* "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 ou mis especificamente com seu parceiro 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 frequência 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 frequência.
- 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 lipoescultura 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 de aparência.
- 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 à 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.

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização autor via correio eletrônico

James C. Rosen (jrosen@uvm.edu) quinta-feira, 25 de novembro de 2004 13:48:20
Para: Renata Jorge (rtbj20@hotmail.com)
Assunto: Re: BODY DYSMORPHIC DISORDER EXAMINATION-URGENT

Dr Jorge,

Thank you for your interest in the Body Dysmorphic Disorder Examination. I attached the files (in Word format). If you have trouble opening the files, please let me know.

Please email me a copy of your translation of the BDDE when you are finished.

Best wishes, James Rosen

1. *BDDE interview version. Includes 3 files: The questionnaire, interviewer summary form, subject's rating form*

BDDE.QST.DOC

BDDE.FRM.DOC

BDDE.RATE.DOC

2. *Journal article on the development of the interview version of the BDDE, published as: Rosen, J.C., & Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. Behaviour Research and Therapy, 34, 755-766.*

BDDE.ART.DOC

3. *BDDE-SR self administration version of the BDDE. Includes 3 files: The questionnaire, answer form, instructions to user with norms and psychometric information (the publication on this version is in progress)*

BDDESR.QST.DOC

BODY DYSMORPHIC DISORDER EXAMINATION (BDDE)¹

GENERAL INSTRUCTIONS

Time frame. You will be asking the subject to discuss his or her adjustment over the past four weeks. To facilitate recall for this period, begin by asking the subject about the time frame, and make the beginning point specific. A helpful opening line would be, "I'll be asking you about the past four weeks, that is, the time period dating back to (date). What were you doing on the weekend of (date)?" Continue to ask about consecutive weekends leading up to the present. You might also ask about any particularly memorable experiences that occurred over the past four weeks.

Questions with an asterisk are always asked. The other questions are asked as needed in order to prompt the subject for sufficient information to make the rating.

Subject's Rating Form. The subject is given a Subject's Rating Form to follow the interview. Before you ask the question, read the question number aloud and tell the subject to locate the scale that accompanies it. Explain that you will be rating him or her on each question and his or her input will be very helpful. Tell the patient to use any number on the scale, not just the numbers with a description. Not all rating scales are included here; rating scales for # 1, 2, 3, 22, and 34 are not given to subjects as the interviewer makes these determinations.

It's best to elicit a detailed explanation of how the feature applies or does not apply to the subject. Have the subject discuss his or her answer. The Subject's Rating Form is only designed to help you rate the extent of the feature when the severity is not already obvious from the subject's narrative. If the subject only replies with a number from the scale, ask the subject how he or she arrived at that rating. Discuss the meaning he or she assigned to that number. E.g., why did the subject call the feature "extreme" instead of "moderate". Compare his or her rating with your own impression. You are not obligated to use the subject's number as the final rating. Do not tell the subject what rating you selected.

The wording of some scales has been changed slightly in order to make them more understandable (and possibly less threatening) to the subject. In all cases, however, the key words are the same.

Referring to the subject's appearance defect. Beginning with question #4, you will ask the subject to reflect on the impact of the defect in appearance he or she named at the beginning of the interview. Sometimes a single or very focal defect by itself does not account for all the body image distress. In such instances the subject might indicate that isolating appearance concerns in such a manner seems awkward or artificial. In

¹Copyright 1994

these instances it would be better to refer to a combination of two or more distressing appearance defects or to some other general aspect of appearance that better accounts for the person's feelings. For example, refer to feeling fat rather than having fat thighs, butt, and arms. Or refer to concerns about the face in someone who identifies the shape of the mouth and skin blemish on the cheek. Only make these generalizations if the situation calls for it. Otherwise stick to the subject's initial complaint.

SCORING

Total score. The total score is the sum of ratings for all items except: 1-3, 22, 33, 34.

BDD diagnosis. The following is a guideline to using the BDDE to diagnose Body Dysmorphic Disorder according to the DSM-IV criteria.

Criterion A: Preoccupation with an imagined defect in appearance. If a slight physical anomaly is present, the person's concern is markedly excessive.

- # 2 = 0 or 1
- # 9 = 4 or higher
- # 10 or # 11 = 4 or higher
- # 18 = 4 or higher
- # 19 = 4 or higher

Criterion B: The preoccupation causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

- # 9 = 4 or higher
- # 10 or # 11 = 4 or higher
- # 13 = 4 or higher

- all three of the above or:
- # 23, 24, 25, or 26 = 4 or higher

Criterion C: The preoccupation is not better accounted for by another mental disorder

- # 34 = 0

DELUSIONAL DISORDER SOMATIC SUBTYPE

According to the DSM-IV, BDD patients can receive the additional diagnosis of delusional disorder somatic type if the complaint concerns a non-bizarre somatic preoccupation held with delusional intensity. Item #3 allows for ratings of somatic complaints other than appearance defects. Item #22 allows for rating of conviction in the defect. See DSM-IV for additional criteria.

BDDE INTERVIEW

DESCRIPTION OF DEFECT IN PHYSICAL APPEARANCE #1

"If you had to name anything about your physical appearance that you disliked over the past four weeks, what would it be?"

instructions:

The subject should be prompted into naming a physical feature. If the subject complains of whole body features or large regions, ask the subject to localize his or her complaint as much as possible, e.g., "Where do you think you are too fat (...out of proportion, out of shape, too big)?"

Ask the subject to describe the disliked feature(s) in detail. Although you should make note of judgmental comments, such as "it's ugly", "this disgusting _____", etc., be sure to ask the subject to describe what about the feature is "ugly" or "disgusting" in more objective terms. That is, probe for the actual physical characteristic, e.g., "...the way my thighs touch here when I walk."

In some cases isolating a single complaint does not capture the subject's concern. In such cases, allow the subject to refer to a combination of features or to an area.

Write down all appearance complaints. After identifying one, ask the subject for another until you have them all. If there is more than one, rank order them.

OBSERVABLE PHYSICAL DEFECT #2 instructions: Rate the presence of an observable defect

0 - no observable defect

1 - reported defect is observable, although not rare or abnormal (e.g. a big nose, mild overweight)

2 - reported defect is definitely abnormal (e.g., amputated leg, scars from burns, severe obesity)

3 - no opportunity to observe defect, hidden by clothing

OTHER SOMATIC DELUSIONAL OR DELUSION-LIKE COMPLAINTS #3

instructions: Rate whether the reported complaint represents something other than strictly defective appearance

0 - reported defect concerns appearance only

1 - reported defect concerns bodily functions or sensations (e.g., infested with worms on the skin, emitting foul odor, internal parasite)

2 - concerned with offending or repulsing other people

PERCEIVED ABNORMALITY OF DEFECT #4

* "Over the past four weeks, to what extent have you felt that other people have the same feature, your _____ (defect) (or the same severity of the feature) that you described above?"

"How common is this condition in other people?"

0 - everyone has the same feature or severity

1 -

2 - many people have the same feature or severity

3 -

- 4 - few people have the same feature or severity
- 5 -
- 6 - no one else has the same feature or severity; only the subject has this type or this extreme of a defect.

BODY CHECKING #5

instructions:

Rate the number of days over the past month on which the subject has actively inspected, not simply noticed, his/her defect (e.g., looking in the mirror, weighing self).

- 0 - (0 days) no body checking
- 1 - (1-3 days)
- 2 - (4-7 days) body checking once or twice a week
- 3 - (8-11 days)
- 4 - (12-16 days) body checking on about half the days
- 5 - (17-21 days)
- 6 - (22-28 days) body checking every or almost every day

DISSATISFACTION WITH APPEARANCE DEFECT #6

* "Over the past four weeks, how dissatisfied with your _____ (defect) have you felt?"

- 0 - no dissatisfaction
- 1 -
- 2 - slight dissatisfaction (no associated distress)
- 3 -
- 4 - moderate dissatisfaction (some associated distress)
- 5 -
- 6 - extreme dissatisfaction (extreme concern and distress; could not imagine feeling more upset or dissatisfied)

DISSATISFACTION WITH GENERAL APPEARANCE #7

* "Over the past four weeks, how dissatisfied with your appearance overall have you felt?"

- 0 - no dissatisfaction
- 1 -
- 2 - slight dissatisfaction (no associated distress)
- 3 -
- 4 - moderate dissatisfaction (some associated distress)
- 5 -
- 6 - extreme dissatisfaction (extreme concern and distress; could not imagine feeling more upset or dissatisfied)

REASSURANCE SEEKING #8

* "Over the past four weeks, have you tried to get reassurance from others that your _____ (defect) is not as bad or abnormal as you think it is?"

" instructions:

Rate the number of days during the past month on which the subject has sought reassurance from others about his/her defect/appearance.

- 0 - (0 days) never sought reassurance
- 1 - (1-3 days)
- 2 - (4-7 days) sought reassurance once or twice a week
- 3 - (8-11 days)
- 4 - (12-16 days) sought reassurance on about half the days
- 5 - (17-21 days)
- 6 - (22-28 days) sought reassurance every or almost every day

PREOCCUPATION WITH APPEARANCE DEFECT #9

* "Over the past four weeks have you spent much time thinking about your _____ (defect)?"

* "How often do you think about your _____ and feel upset?"

- 0 - (0 days) never thinks about the appearance feature with upset feelings, or never thinks about the appearance feature
- 1 - (1-3 days)
- 2 - (4-7 days) thinks about it and feels upset once or twice a week
- 3 - (8-11 days)
- 4 - (12-16 days) thinks about it and feels upset on about half the days
- 5 - (17-21 days)
- 6 - (22-28 days) thinks about it and feels upset every or almost every day

WORRYING ABOUT APPEARANCE DEFECT IN PUBLIC SITUATIONS #10

* "Over the past four weeks, how much have you worried about your _____ (defect) when you were in public areas such as shopping malls, grocery stores, city streets, restaurants, movies, clubs, buses or planes, waiting in lines, parks or beaches, public restrooms, or other areas where mainly there were people you didn't know?"

- 0 - no worry or embarrassment
- 1 -
- 2 - slight amount of worrying or embarrassment
- 3 -
- 4 - moderate amount of worrying or embarrassment
- 5 -
- 6 - extreme worrying or embarrassment

WORRYING ABOUT APPEARANCE DEFECT IN SOCIAL SITUATIONS #11

* "Over the past four weeks, how much have you worried about your _____ (defect) when you were in social settings with co-workers, acquaintances, friends, or

family members (e.g., at work, parties, family gatherings, meetings, talking in groups, having a conversation, dating or going on an outing with others, speaking to someone in authority)?"

- 0 - no worry or embarrassment
- 1 -
- 2 - slight amount of worrying or embarrassment
- 3 -
- 4 - moderate amount of worrying or embarrassment
- 5 -
- 6 - extreme worrying or embarrassment

APPEARANCE DEFECT NOTICED BY OTHER PEOPLE - FREQUENCY #12

* "Over the past four weeks, how often have you felt that other people were noticing or paying attention to your _____ (defect)?"

- 0 - (0 days) never occurred
- 1 - (1-3 days)
- 2 - (4-7 days) occurred once or twice a week
- 3 - (8-11 days)
- 4 - (12-16 days) occurred on about half the days
- 5 - (17-21 days)
- 6 - (22-28 days) occurred every or almost every day

APPEARANCE DEFECT NOTICED BY OTHER PEOPLE - DISTRESS #13

* "Over the past four weeks, how upset have you become when you felt someone was noticing or paying attention to your _____ (defect)?"

- 0 - not upsetting or other people do not notice
- 1 - slightly upsetting when certain people are involved, but not others
- 2 - slightly upsetting regardless of who is involved
- 3 - moderately upsetting when certain people are involved, but not others
- 4 - moderately upsetting regardless of who is involved
- 5 - extremely upsetting when certain people are involved, but not others
- 6 - extremely upsetting regardless of who is involved

COMMENTS FROM OTHERS - FREQUENCY #14

* "Over the past four weeks, how often has someone made either a positive or negative comment on your _____ (defect)?"

instructions:

Do not include in the rating comments that were seemingly solicited by the subject (such actions are rated under reassurance seeking).

Rate the number of days during the past month on which a person commented.

- 0 - (0 days) never occurred
- 1 - (1-3 days)
- 2 - (4-7 days) occurred once or twice a week

- 3 - (8-11 days)
- 4 - (12-16 days) occurred on about half the days
- 5 - (17-21 days)
- 6 - (22-28 days) occurred every or almost every day

COMMENTS FROM OTHERS - DISTRESS #15

* "Over the past four weeks, how upset have you become when someone commented on your _____ (defect)?"

- 0 - not upsetting or other people do not comment
- 1 - slightly upsetting when certain people are involved, but not others
- 2 - slightly upsetting regardless of who is involved
- 3 - moderately upsetting when certain people are involved, but not others
- 4 - moderately upsetting regardless of who is involved
- 5 - extremely upsetting when certain people are involved, but not others
- 6 - extremely upsetting regardless of who is involved

BEING TREATED DIFFERENTLY BY OTHERS DUE TO APPEARANCE DEFECT - FREQUENCY #16

* "Over the past four weeks, how often have you been treated differently by others or in ways you didn't like because of your _____ (defect)?"

- 0 - (0 days) never occurred
- 1 - (1-3 days)
- 2 - (4-7 days) occurred once or twice a week
- 3 - (8-11 days)
- 4 - (12-16 days) occurred on about half the days
- 5 - (17-21 days)
- 6 - (22-28 days) occurred every or almost every day

BEING TREATED DIFFERENTLY BY OTHERS DUE TO APPEARANCE DEFECT - DISTRESS #17

* "Over the past four weeks, how upset have you become when people treated you in these ways because of your _____ (defect)?"

- 0 - not upsetting or there is no differential treatment of subject
- 1 - slightly upsetting when certain people are involved, but not others
- 2 - slightly upsetting regardless of who is involved
- 3 - moderately upsetting when certain people are involved, but not others
- 4 - moderately upsetting regardless of who is involved
- 5 - extremely upsetting when certain people are involved, but not others
- 6 - extremely upsetting regardless of who is involved

IMPORTANCE OF APPEARANCE DEFECT #18

* "How important is your appearance compared to other ways in which you judge yourself such as your personality, intelligence, values in life, ability at work, how you relate to other people, how you perform in other activities?"

Rate the degree of importance the subject has placed on his/her defect and its position in his/her scheme for self-evaluation. This should represent the average for the entire month.

0 - no importance

1 -

2 - some importance (definitely an aspect of self-evaluation)

3 -

4 - moderate importance (definitely one of the main aspects of self-evaluation)

5 -

6 - extreme importance (nothing is more important in the subject's scheme for evaluating him/herself)

NEGATIVE SELF-EVALUATION DUE TO APPEARANCE DEFECT #19

* "Over the past four weeks, have you ever gotten down on yourself or felt negatively about yourself as a person as a result of your _____?"

0 - no negative evaluations about self resulting from appearance defect

1 -

2 - slightly negative evaluations

3 -

4 - moderately negative evaluations

5 -

6 - extremely negative evaluations due to appearance defect; because of the appearance defect, subject is virtually unable to find positive qualities in him/herself

NEGATIVE EVALUATION BY OTHERS DUE TO APPEARANCE DEFECT #20

* "Over the past four weeks, did you ever feel other people judged you negatively as a person because of your _____ (defect)?"

0 - no negative evaluations by others as result of appearance defect

1 -

2 - slightly negative evaluations occur

3 -

4 - moderately negative evaluations occur

5 -

6 - extremely negative evaluations occur; because of the appearance defect, others are virtually unable to find positive qualities in the subject

PERCEIVED PHYSICAL ATTRACTIVENESS #21

* "Over the past four weeks, how attractive physically do you feel other people thought you were?"

0 - attractive, or at least not unattractive

- 1 -
- 2 - slightly unattractive
- 3 -
- 4 - moderately unattractive
- 5 -
- 6 - extremely unattractive

DEGREE OF CONVICTION IN DEFECT #22

Note: Skip this question if the subject scored a 2 on #2, that is, has a definite physical abnormality which is not imagined or exaggerated.

*"Over the past four weeks, have you ever thought your _____ (defect) might not be as bad as you generally think or that your _____ (defect) really isn't abnormal?"

"Are there ever times that you've felt better about your _____ (defect)?"

If yes, "How have you viewed your _____ (defect) then?"

"Over the past four weeks, has anyone ever told you that you had nothing to worry about or tried to reassure you that your appearance was normal?"

If yes, "To what extent did you believe them?"

"Would someone else say you look _____ as you say you do?"

If no, "To what extent would you believe them?"

"Are you always as worried that other people notice your _____?"

instructions:

Determine if the person can acknowledge the possibility that he or she may be exaggerating the extent of the defect (its physical appearance) and that the preoccupation is senseless or unreasonable. The rating takes into account attitudes toward the appearance of the physical feature, not just the social or psychological significance. For example, a subject might say, "At times I think I'm not ugly at all." This might deserve a rating of 0. On the other hand, the following statement concerns the social preoccupation and more questioning about the defect itself would be necessary: "At times I think other people really don't care that much about how I look."

0 - Good insight, fully aware of exaggeration and senselessness, even though preoccupied with defect.

1 - Fair insight. Can admit that preoccupation might be senseless or unreasonable at times, that appearance is not truly defective.

2 - Poor insight. Firmly convinced that the defect is real and preoccupation is not unreasonable.

AVOIDANCE OF PUBLIC SITUATIONS #23

* "Over the past four weeks, have you avoided public areas because you felt uncomfortable about your _____ (defect)? Have you avoided going to shopping malls, grocery stores, city streets, restaurants, movies, clubs, buses or planes, waiting in lines, parks or beaches, public restrooms, or other areas where mainly there would be people you don't know? Which ones?" "How often?"

:

- 0 - no avoidance of public situations
- 1 -
- 2 - avoids with slight frequency
- 3 -
- 4 - avoids with moderate frequency
- 5 -
- 6 - avoids with extreme frequency

AVOIDANCE OF SOCIAL SITUATIONS #24

* "Over the past four weeks, have you avoided work or other social situations with friends, relatives, or acquaintances because you felt uncomfortable about your _____ (defect)? Social situations could include going to work or school, parties, family gatherings, meetings, talking in groups, having a conversation, hanging-out with others at work, dating or going on an outing with others, speaking to someone in authority."

"Which ones?" "How often?"

- 0 - no avoidance of social situations
- 1 -
- 2 - avoids with slight frequency
- 3 -
- 4 - avoids with moderate frequency
- 5 -
- 6 - avoids with extreme frequency

AVOIDANCE OF PHYSICAL CONTACT #25

* "Over the past four weeks have you avoided close physical contact with others because of your _____ (defect)? This includes sexual activity as well as other close contact such as hugging, kissing, or dancing close."

- 0 - no avoidance of physical contact
- 1 -
- 2 - avoids with slight frequency
- 3 -
- 4 - avoids with moderate frequency
- 5 -
- 6 - avoids with extreme frequency

AVOIDANCE OF PHYSICAL ACTIVITY #26

* "Over the past four weeks, have you avoided physical activities such as exercise or outdoor recreation because of your _____ (defect)?"

0 - no avoidance of physical activity

1 -

2 - avoids with slight frequency

3 -

4 - avoids with moderate frequency

5 -

6 - avoids with extreme frequency

CAMOUFLAGING THE BODY #27

* "Over the past four weeks, have you deliberately dressed in any way to cover-up or disguise your _____ (defect) or to distract attention from your _____ (defect)?"

* "Have you made yourself up or groomed yourself (i.e., used cosmetics or styled your hair) in some special way in order to hide or downplay your _____ (defect)?"

0 - (0 days) never camouflaged or avoided form fitting clothes

1 - (1-3 days)

2 - (4-7 days) camouflaged once or twice a week

3 - (8-11 days)

4 - (12-16 days) camouflaged on about half the days

5 - (17-21 days)

6 - (22-28 days) camouflaged every or almost every day

ALTERING BODY POSTURE #28

* "Over the past four weeks, have you deliberately controlled your posture or body movements (such as the way you stand or sit, where you put your hands, how you walk, what side of yourself you show to other people) in order to hide your _____ or distract people's attention from it?"

instructions:

Rate the number of days during the past month on which there was a deliberate altering of posture/body movements with the intent of hiding the defect.

0 - (0 days) no alteration of posture/body movements

1 - (1-3 days)

2 - (4-7 days) alteration once or twice a week

3 - (8-11 days)

4 - (12-16 days) alteration of about half the days

5 - (17-21 days)

6 - (22-28 days) alteration of posture/body movements every or almost every day

INHIBITING PHYSICAL CONTACT #29

* "Over the past four weeks, have you inhibited close physical contact with others in order to hide your _____ or distract people's attention from it? For example have you

inhibited your movements or changed your posture or prevented the other person from touching certain parts of your body? Have you inhibited yourself in ways such as these during love making or other close physical contact like hugging, kissing, or dancing close?"

instructions:

Rate the frequency with which the subject has altered his/her posture/body movements or attempted to hide his/her defect during physical contact situations.

- 0 - never deliberately inhibited physical contact
- 1 -
- 2 - inhibited on less than half the physical contact occasions
- 3 -
- 4 - inhibited on about half the physical contact occasions
- 5 -
- 6 - inhibited on every or almost every physical contact occasions

AVOIDANCE OF LOOKING AT BODY #30

* "Over the past four weeks have you avoided looking at your body, particularly at your _____ (defect) in order to control feelings about your appearance? This includes avoiding looking at yourself clothed or unclothed either directly or in mirrors or windows."

instructions:

Rate the number of days during the past month on which the person avoided looking at him or herself with the intent of controlling feelings about his/her appearance.

- 0 - (0 days) no avoidance of looking at body
- 1 - (1-3 days)
- 2 - (4-7 days) avoids once or twice a week
- 3 - (8-11 days)
- 4 - (12-16 days) avoids on about half the days
- 5 - (17-21 days)
- 6 - (22-28 days) avoids looking at body every or almost every day

AVOIDANCE OF OTHERS LOOKING AT BODY #31

* "Over the past four weeks have you avoided other people seeing your body unclothed because you felt uncomfortable about your appearance? This includes not letting your spouse, partner, or roommate, etc. see you without clothes or people in public settings such as in health club showers or changing rooms."

- 0 - no avoidance of others seeing body unclothed
- 1 -
- 2 - avoids with slight frequency
- 3 -
- 4 - avoids with moderate frequency
- 5 -
- 6 - avoids with extreme frequency

COMPARING SELF TO OTHER PEOPLE #32

* "Over the past four weeks, have you compared your _____ (defect) with the appearance of other people around you or in magazines or television?"

- 0 - (0 days) no comparing with other people
- 1 - (1-3 days)
- 2 - (4-7 days) comparing once or twice a week
- 3 - (8-11 days)
- 4 - (12-16 days) comparing on about half the days
- 5 - (17-21 days)
- 6 - (22-28 days) comparing every or almost every day

BEAUTIFICATION REMEDIES #33

* "What have you done to try to change (reduce, eliminate, correct) your _____ (defect) for the sake of improving your appearance?"

* "When?"

instructions:

Determine all remedies the person has attempted to alter the appearance defect. Do not include clothing or cosmetic camouflaging techniques. A prosthesis should be rated only if one motivation for using it is improving appearance (though there may be other motivations, also).

Rate remedies tried at any time (as opposed to only the last four weeks) for the appearance defect. Do not rate remedies employed for appearance concerns that are completely unrelated to the present one or have been completely resolved. For example, do not check cosmetic surgery for a nose job if the person's current concern is fat hips. However, a history of liposuction to the thighs could be checked if the current complaint is fat hips; the two complaints are closely related.

List up to three remedies.

- 0 - no remedies or attempts to alter the defect
- 1 - weight reducing attempt through dieting
- 2 - weight reducing attempt through exercise
- 3 - weight reducing attempt through surgery (e.g., gastroplasty)
- 4 - cosmetic surgery for fat elimination (e.g., liposuction)
- 5 - other cosmetic surgery (e.g., breast augmentation, rhinoplasty, scar revision)
- 6 - topical treatments (e.g., for skin conditions or baldness)
- 7 - prosthesis (e.g., artificial leg or breast prosthesis at least partly for appearance concerns)
- 8 - other (specify: _____)

APPEARANCE DEFECT NOT ACCOUNTED FOR BY ANOTHER DISORDER #34

instructions: Determine if the complaint is better accounted for by another disorder (e.g., eating disorder, gender identity disorder, obsessive compulsive disorder) If appearance complaints are strictly related to body size or shape, conduct a separate examination of eating disorder symptoms. BDD would not be appropriate if anorexia or

bulimia is present or in partial remission and there is not complaint other than weight. If complaints represent a dissatisfaction with gender-related features, rule-out gender identity disorder. If subject reports extensive obsessions and compulsions, rule-out OCD.

0 - Preoccupation is restricted to appearance rather than other obsessions or compulsions or phobic behavior; preoccupation not strictly a manifestation of an eating disorder or gender identity disorder

1 - Preoccupation better accounted for by another disorder.

ANEXO 3 – Parecer do Comitê de Ética



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 3 de junho de 2005.
CEP 0424/05

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) RENATA TRAJANO BORGES JORGE
Co-Investigadores: Miguel Sabino Neto; Jamil Natour;
Disciplina/Departamento: Cirurgia Plástica/Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **“Tradução, adaptação e validação interna da versão brasileira da escala de auto-imagem: body dysmorphic disorder examination”**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo clínico observacional envolvendo somente questionário para tradução e validação de Escala.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, desconforto mínimo, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Traduzir, adaptar e validar internamente o Questionário Body Dysmorphic Disorder Examination para uso no Brasil.

RESUMO: Estudo transversal, cuja primeira etapa constará da tradução e adaptação cultural da escala e a segunda etapa testará a validade interna e reprodutibilidade. Serão incluídos os pacientes entre 18 e 60 anos de idade de ambos os sexos que aceitem participar e que serão submetidos a qualquer tipo de cirurgia plástica estética em breve.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Produzir a versão brasileira do questionário.

MATERIAL E MÉTODO: descrito e apresentado o instrumento que será utilizado.

TCLE: adequado de acordo com os itens da Res 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: sem financiamento específico R\$ 4 740,00.

CRONOGRAMA: 06 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 29/05/2006 e 24/05/2007.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

ANEXO 4 - BSQ

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor leia cada questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda ao lado: 1.Nunca; 2.Raramente; 3.Às vezes; 4.Frequentemente; 5.Muito frequentemente; 6.Sempre.

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grande demais para o restante de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Sentir-se satisfeita (por exemplo após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade menor de comida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Você se sente excessivamente grande e arredondada? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Você já teve vergonha do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo pela manhã)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Você já vomitou para se sentir mais magra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Você toma laxantes para se sentir magra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- 1) De uma forma geral (apesar de tudo),estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).
 - a)Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

- 2) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros)
 - a)Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

- 3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.
 - a)Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

- 4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).
 - a)Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

- 5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.
 - a)Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

- 6) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).
 - a)Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

- 7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo

nível) às outras pessoas.

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a)

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

9) Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente