

TATIANA DALPASQUALE RAMOS

***THE BODY DYSMORPHIC SYMPTOMS SCALE: TRADUÇÃO PARA A
LÍNGUA PORTUGUESA, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO***

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

São Paulo

2016

TATIANA DALPASQUALE RAMOS

***THE BODY DYSMORPHIC SYMPTOMS SCALE: TRADUÇÃO PARA A
LÍNGUA PORTUGUESA, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO***

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

ORIENTADOR : PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO

COORIENTADORES : PROF^a. MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO ROCHA

PROF^a. MÔNICA SARTO PICCOLO

São Paulo

2016

Ramos, Tatiana Dalpasquale

The Body Dysmorphic Symptoms Scale: Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação. / Tatiana Dalpasquale Ramos. – São Paulo, 2016.

xix, 127f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional.

Título em inglês: The Body Dysmorphic Symptoms Scale: Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation.

1. Transtornos dismórficos corporais;
2. Imagem Corporal;
3. Cirurgia Plástica;
4. Rinoplastia;
5. Questionários;
6. Tradução;
7. Estudos de validação;
8. Triagem.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIRURGIA TRANSLACIONAL**

COORDENADOR: PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos amores da minha vida, minhas filhas, *ALICIA* e *LUANA*, meus presentes de Deus, minhas maiores fontes de aprendizado, inspiração e evolução.

Aos meus pais, *ANTONIO CARLOS* e *ANA LUCIA*, e meu irmão, *RAFAEL*, que sempre me amaram, apoiaram e incentivaram durante toda a minha vida.

Ao meu marido *MARCELO*, pela compreensão, força e pelos primorosos cuidados com nossas filhas durante o meu percurso acadêmico.

AGRADECIMENTOS

A *DEUS* que esteve sempre no comando de minha vida e à *NOSSA SENHORA* que sempre passou na minha frente, abrindo os meus caminhos.

À Professora Doutora *LYDIA MASAOKO FERREIRA*, PROFESSORA TITULAR E CHEFE DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP/EPM), pelo estímulo à minha formação científica, pelo exemplo de ética e profissionalismo.

Ao Professor Doutor *MIGUEL SABINO NETO*, PROFESSOR ADJUNTO LIVRE-DOCENTE DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA, COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIFESP-EPM, e orientador desta dissertação, por esclarecer minhas dúvidas durante o preparo deste projeto, por suas inúmeras sugestões, pela sua dedicação, atenção e boa vontade em ajudar, por ser um exemplo de professor e pesquisador.

À Professora *MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO ROCHA*, PROFESSORA AFILIADA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E COORIENTADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL (UNIFESP-EPM), coorientadora deste estudo, pela generosidade em dividir seus conhecimentos, pelas inúmeras correções, por ser sempre solícita e atenciosa, pelo estímulo constante, por todas as considerações e novos questionamentos, pela infinita paciência com minhas dificuldades e principalmente por me fazer acreditar na minha capacidade. Meu agradecimento por estar ao meu lado em cada passo deste projeto, sem sua participação eu jamais conseguiria concluir esta pesquisa.

À Professora **MÔNICA SARTO PICCOLO**, PROFESSORA COLABORADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL (UNIFESP-EPM) e coorientadora deste estudo, pelo interesse em me ajudar, pela amizade, por me incentivar a realizar este estudo e por ser um exemplo não só de profissional mas também de mulher.

Ao Professor Doutor **TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS**, COORDENADOR DA ASSISTÊNCIA CLÍNICA DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (IPQ-HCFMUSP) E COORDENADOR DO PROGRAMA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES (AMBULIM) DO IPQ-HCFMUSP, pela oportunidade de participar do laboratório do transtorno dismórfico corporal (TDC) do AMBULIM (IPQ-HCFMUSP) e pela confiança que depositou em mim.

Ao Professor Doutor **ALFREDO GRAGNANI FILHO**, PROFESSOR ADJUNTO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP-EPM, por salvar a minha aula quando meu computador não funcionou.

À **SANDRA DA SILVA**, SECRETÁRIA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA (UNIFESP-EPM), pela gentileza com que sempre me atendeu e por ter me ajudado em todos os momentos que eu precisei.

À **ELIZABETH LEONI**, minha **ANALISTA**, por ter me escutado e amparado, tornando meu caminhar mais leve e confiante durante todo este percurso.

À **SONIA**, por cuidar com dedicação da minha casa. E à **BRANCA** pelo sempre carinho e cuidados com minhas filhas. Gratidão infinita por ter pessoas tão boas trabalhando para minha família e assim poder me dedicar aos estudos.

Às amigas queridas, minhas companheiras de vida, **ROBERTA, DANI, PAULINHA, AMANDA, GRAZY, SANDY e MARI**, por sempre acreditarem em mim e me estimularem a seguir em frente. Pelo carinho, acolhimento e amizade sincera.

Aos meus pacientes, pela entrega e confiança, por partilharem suas verdades comigo, me fazendo ver a vida por outros horizontes. Gratidão por cada um deles que me fazem amar cada dia mais minha profissão e o crescimento humano, me tornando assim uma eterna aprendiz.

Ó beleza, onde está tua verdade?

(William Shakespeare)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS	v
LISTAS	x
RESUMO	xvii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO.....	7
3 LITERATURA	9
4 MÉTODOS.....	33
5 RESULTADOS.....	48
6 DISCUSSÃO	59
7 CONCLUSÃO.....	76
8 REFERÊNCIAS	78
NORMAS ADOTADAS	97
ABSTRACT	99
APÊNDICES	101
ANEXOS	112
FONTES CONSULTADAS	126

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Distribuição dos pacientes por características demográficas e clínicas (n=80).....	46
TABELA 2.	Correlação intraclasse (n=20).....	51
TABELA 3.	Correlação item-total corrigida, alfa de Cronbach global e se o item for excluído (n=80).....	54
TABELA 4.	Frequência de respostas positivas nos 10 itens da BDSS (n=80).....	55
TABELA 5.	Medidas-resumo da BDSS por status de TDC (n=50)	58

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.	Gráfico de dispersão entre BDSS avaliados por um pesquisador em dois momentos (n=20).....	51
FIGURA 2.	Gráfico de Bland & Altman para avaliação da concordância de BDSS intraobservador (n=20).....	52
FIGURA 3.	Gráfico de dispersão entre BDSS avaliados por dois pesquisadores (n=20).....	52
FIGURA 4.	Gráfico de Bland & Altman para avaliação da concordância de BDSS interobservador (n=20).....	52
FIGURA 5.	Correlação entre as duas escalas BDSS e BDD-YBOCS (n=50).....	56
FIGURA 6.	Distribuição dos pacientes com e sem sintomas para TDC, segundo a BDSS (n=50).....	57
FIGURA 7.	Curva ROC para a Escala de Sintomas da Dimorfia Corporal – UNIFESP/EPM (BDSS-UNIFESP/EPM).....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACRÔNIMOS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EPM	Escola Paulista de Medicina
EUA	Estados Unidos da América
IQOLA	<i>International Quality of Life Assessment</i>
ISAPS	<i>International Society of Aesthetic Plastic Surgery</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBCP	Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

ACRÔNIMOS CIENTÍFICOS, SÍMBOLOS E UNIDADES DE MEDIDA

%	Por cento
*	Presença de Significância Estatística
±	Mais ou Menos
α	Alfa de Cronbach

r	Correlação Linear de Pearson
BABS	<i>Brown Assessment of Beliefs Scale</i>
BDD Form	<i>Body Dysmorphic Disorder</i>
BDDE	<i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i>
BDDE-SR	<i>Body Dysmorphic Disorder Examination Self Report</i>
BDDQ	<i>Body Dysmorphic Disorder Questionnaire</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BDD-YBOCS	<i>Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder</i>
BDSS	<i>Body Dysmorphic Symptoms Scale</i>
BFP-10	<i>Ten-Item Version of the Big-Five Personality</i>
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
CID	Classificação Internacional de Doenças
CQ	Complexo de Quasímodo
DAS-59	<i>Derriford Appearance Scale</i>
DCQ	<i>Dysmorphic Concern Questionnaire</i>

DSM-III-R	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revision</i>
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i>
E1	Entrevistador 1
E2	Entrevistado 2
EDS-5	<i>Five-Item Eating Disturbance Scale</i>
GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HDRS	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
HRQL	<i>Health-Related Quality of Life</i>
HSCL-5	<i>Five-Item Version of the Anxiety and Depression of Hopkins Symptom Check List</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
LIFE-RIFT	<i>Range of Impaired Functioning Tool</i>
MBSRQ	<i>Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire</i>

MCMII-III	<i>The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III</i>
MINI	<i>Mini-International Neuropsychiatric Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)</i>
NOSE	<i>Nasal Obstruction Symptom Evaluation Scale</i>
QLES-Q	<i>Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire</i>
r	Correlação Linear de Pearson
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
RSE	<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>
SAS-SR	<i>Social Adjustment Scale-Self-Report</i>
SCID-I	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i>
SCID-II	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders</i>
SCID-I/P	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition</i>
SDS	<i>Sheehan Disability Scale</i>

SF-36	<i>Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey</i>
SLCS	<i>Self-Liking and Competence Scale</i>
SOFAS	<i>Social and Occupational Functioning Assessment Scale</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
TCI	<i>Temperament and Character Inventory</i>
TDC	Transtorno Dismórfico Corporal
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TM	<i>Trade Mark</i>
VAS	<i>Visual Analogue Scale for Nasal Shape</i>

RESUMO

RESUMO

INTRODUÇÃO: A rinoplastia é uma das operações mais procuradas por indivíduos com o transtorno dismórfico corporal (TDC), caracterizado por uma insatisfação excessiva com a aparência que pode afetar os resultados de satisfação em Cirurgia Plástica. **OBJETIVO:** Traduzir para a língua portuguesa, adaptar culturalmente e validar a *Body Dysmorphic Symptoms Scale* (BDSS). **MÉTODOS:** Oitenta pacientes de ambos os gêneros, que desejavam submeter-se à rinoplastia, foram selecionados no Ambulatório de Cirurgia Nasal da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, entre Fevereiro de 2014 e Março de 2015. Trinta pacientes participaram da fase de adaptação cultural. A reprodutibilidade foi testada em 20 pacientes e a validade de construto em 50 pacientes [correlação entre a BDSS e a Versão Brasileira da *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* Modificada para Transtorno Dismórfico Corporal (BDD-YBOCS)]. **RESULTADOS:** A consistência interna foi testada pelo alfa de *Cronbach* (0,805). A BDSS apresentou excelente reprodutibilidade interobservador ($r=0,909$; CCI=0,873; $p<0,001$) e intraobservador ($r=0,956$; CCI=0,939; $p<0,001$). Houve diferença entre pacientes com e sem sintomas ($p<0,001$) (BDSS). Observou-se forte correlação ($r=0,841$; $p<0,001$) entre BDD-YBOCS e BDSS. A área sob a curva ROC foi de 0,981, revelando boa acurácia para discriminar a presença de sintomas do TDC. Quarenta e seis por cento dos pacientes apresentaram sintomas para TDC (BDSS) e em 54% dos pacientes identificaram-se sintomas obsessivo-compulsivos moderados a graves com a aparência (BDD-YBOCS). **CONCLUSÃO:** A BDSS foi traduzida para a língua portuguesa, do Brasil, adaptada culturalmente, e mostrou-se reprodutível, apresentando validades

de face, conteúdo e construto, sendo denominada Escala de Sintomas da Dismorfia Corporal-UNIFESP/EPM (BDSS-UNIFESP/EPM).

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Os padrões estéticos de beleza moldam pensamentos que, por um lado, levam a um aumento da demanda por cirurgias plásticas e, por outro, à discrepância entre o que é concebido como ideal e a realidade pessoal (DE BRITO *et al.*, 2014). Assim, a procura por procedimentos nessa especialidade médica pode ser uma estratégia adaptativa numa cultura que valoriza a aparência física (SARWER & CRERAND, 2004; VEALE, 2004; CASH, SANTOS, WILLIAMS, 2005; DE BRITO *et al.*, 2010; MULKENS *et al.*, 2012; DE BRITO *et al.*, 2014; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b), com ênfase na juventude e forma do corpo (VINDIGNI *et al.*, 2002; FONTENELLE *et al.*, 2006; SWAMI *et al.*, 2009; LAI *et al.*, 2010), e estar associada ao avanço e inovação de tecnologias em medicina estética, que permitiu mais segurança para os procedimentos cirúrgicos e não-cirúrgicos (SARWER & CRERAND, 2008; FELIX *et al.*, 2014). Por outro lado, o impacto dos benefícios terapêuticos da cirurgia plástica na melhora da autoestima e da imagem corporal tem sido reconhecido (DE BRITO *et al.*, 2010; DE BRITO *et al.*, 2012; NETO *et al.*, 2012; FELIX *et al.*, 2014).

Entretanto, esta demanda pode estar reforçada por uma condição psiquiátrica – o transtorno dismórfico corporal (TDC), na medida em que, indivíduos portadores, frequentemente, procuram procedimentos em cirurgia plástica para corrigir o defeito percebido e melhorar a extrema insatisfação com a sua aparência física (ALTAMURA *et al.*, 2001; MÜHLBAUER, HOLM, WOOD, 2001; HODGKINSON, 2005; BELLINO *et al.*, 2006; RIEF *et al.*, 2006; DAINES & MOBLEY, 2008; LAI *et al.*, 2010; MULKENS *et al.*, 2012; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b). Além disso, a diferença das taxas altas de prevalência do TDC na população geral e nas várias especialidades pode revelar que,

apesar de ser uma doença mental, é mais comum em outras clínicas do que nas unidades de saúde mental (SARWER & CRERAND, 2008; KAYMAK, TANER, SIMSEK, 2009; BJORNSSON, DIDIE, PHILLIPS, 2010; BUHLMANN *et al.*, 2010; LAI *et al.*, 2010; KYLE, 2012; DE BRITO *et al.*, 2013; DE BRITO *et al.*, 2016a).

O TDC é categorizado como transtorno neuropsiquiátrico e envolve fatores biológicos como vulnerabilidade genética e disfunção neuroquímica (BUHLMANN *et al.*, 2002; FEUSNER, YARYURA-TOBIAS, SAXENA, 2008), bem como aspectos da história individual (AOUIZERATE *et al.*, 2003; ZUCKERMAN & ABRAHAM, 2008; DE BRITO *et al.*, 2014).

Segundo a *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013) (DSM-5), o TDC é caracterizado pela preocupação excessiva com um, ou mais defeitos, ou falhas percebidas na aparência, que podem não ser observáveis pelos outros. A condição também é caracterizada por comportamentos compulsivos, ou repetitivos, como checagem do espelho, comportamentos repetitivos e excessivos (grooming patológico), transtorno de escoriação (skin picking) e busca de reasseguramento do defeito percebido, ou por atos mentais como comparação da própria aparência com a os outros, que resultam em sofrimento clínico significativo. Esses comportamentos não podem ser explicados por preocupações normais com a aparência física, como peso ou forma do corpo, ou por questões relacionadas à gordura corporal ou peso, em indivíduos que preenchem critério para transtornos alimentares e podem estar associados com a dismorfia muscular, ocorrendo em diferentes níveis de percepção, ou graus de *insight* (DE BRITO *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2015a; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b).

Indivíduos com TDC costumam procurar o cirurgião plástico (ANDREASEN & BARDACH, 1977; GLASER & KAMINER, 2005; SHRIDHARANI *et al.*, 2010; DE BRITO *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2015a; BRITO *et al.*, 2015b; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b), porque não compreendem que, a insatisfação com a aparência física, refere-se ao grau de distorção da imagem corporal (KISELY *et al.*, 2002; VINDIGNI *et al.*, 2002; PAVAN *et al.* 2008; PHILLIPS *et al.* 2008; DE BRITO *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2015a; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b), sendo a rinoplastia um dos procedimentos mais procurados por razões étnicas, por adolescentes e por indivíduos com o TDC (PHILLIPS *et al.*, 2001; KISELY *et al.*, 2002; CRERAND *et al.*, 2005; ANDRETTO AMODEO, 2007; ENDE, LEWIS, KABAKER, 2008; AMBRO & WRIGHT, 2008; JAVO & SORLIE, 2010; TASMAN, 2010; ALAVI *et al.*, 2011; JAVANBAKTH *et al.*, 2012; MR *et al.*, 2013; FELIX *et al.*, 2014; CONSTANTIAN & LIN, 2014; DE BRITO *et al.*, 201a; DE BRITO *et al.*, 2016a).

Considerando-se estudos de prevalência em Cirurgia Plástica, embora a maioria dos autores pesquisados relatasse um percentual de 6 a 15% (HODGKINSON, 2005; MALICK, HOWARD, KOO, 2008; SARWER & CRERAND, 2008; ZUCKERMAN & ABRAHAM, 2008), outros apontaram percentuais entre 16 e 24% (VEALE, HARO, LAMBROU, 2003; BELLINO *et al.*, 2006; ALAVI *et al.*, 2011; PICALET *et al.*, 2011), ou maiores que 40% (VINDIGNI *et al.*, 2002; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b) em pacientes com quadro clínico para TDC.

Indivíduos com TDC são uma população de alto risco e propensos a tipos de comportamentos autoagressivos (transtorno de escoriação, tricotilomania), abuso de substâncias (álcool e outras drogas), transtornos alimentares, busca obsessiva por procedimentos estéticos, compras compulsivas, repetidas hospitalizações, apresentando taxas altas de ideação

(80%) e tentativa de suicídio (24%) (PHILLIPS *et al.*, 2001; PHILLIPS & MENARD, 2006; PHILLIPS, 2007; FANG & HOFMANN, 2010; PHILLIPS *et al.*, 2010; REESE, McNALLY, WILHEM, 2010; MICHALCZUK *et al.*, 2011; DE BRITO *et al.*, 2013; DE BRITO *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2016a).

Assim, uma preocupação excessiva com a aparência física pode esconder traços psicopatológicos, que nem sempre são fáceis de reconhecer, podendo envolver, se negligenciada, consequências iatrogênicas e médico-legais (DA SILVA *et al.*, 2010; DE BRITO *et al.*, 2014; CONSTANTIAN & LIN, 2014a; VILA-NOVA DA SILVA *et al.*, 2015).

Por outro lado, com o crescimento do número de indivíduos que buscam a cirurgia estética, a identificação do TDC será, em sua maioria, feita por cirurgiões plásticos e não por psiquiatras (VINDIGNI *et al.*, 2002; DE BRITO, NAHAS, FERREIRA, 2012; DE BRITO *et al.*, 2014; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2015a; DE BRITO *et al.*, 2015b; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b).

Por esta razão, torna-se importante desenvolver mecanismos para identificar a doença e verificar se a cirurgia plástica seria ou não contraindicada para esse grupo de pacientes (DE BRITO, NAHAS, FERREIRA, 2012; DE BRITO *et al.*, 2013; DE BRITO *et al.*, 2014; FELIX *et al.*, 2014, DE BRITO *et al.*, 2015a; BRITO *et al.*, 2015b).

Sabendo-se que, a insatisfação corporal é o principal sintoma do TDC e que, esse aspecto e a comorbidade com outros transtornos mentais (PERUGI *et al.*, 1997; KISELY *et al.*, 2002; BELLINO *et al.*, 2006; BARAHMAND, MOZDSETAN, NARIMANI, 2010; ALAVI *et al.*, 2011), poderiam comprometer a percepção do resultado em termos de satisfação, a sua avaliação, anteriormente ao procedimento de cirurgia plástica tornar-se-ia essencial (ANDRETTO AMODEO, 2007; MALICK, HOWARD, KOO, 2008;

PECORARI *et al.* 2010; PICAVER *et al.* 2013). Além disso, a aplicação padronizada de métodos de avaliação, bem como a identificação de alterações psicológicas antes da intervenção cirúrgica, poderia garantir melhor acesso e tratamento para essa população de pacientes (DE BRITO *et al.*, 2013; DE BRITO *et al.*, 2014; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2015a; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b).

Desta forma, torna-se relevante identificar e diferenciar sintomas do TDC, mostrando a importância da validação de instrumentos específicos de avaliação psicológica no processo de triagem de procedimentos em cirurgia plástica.

OBJETIVO

2. OBJETIVO

Traduzir para a língua portuguesa, adaptar culturalmente e validar a *Body Dysmorphic Symptoms Scale* (BDSS).

LITERATURA

3. LITERATURA

3.1 TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC)

MORSELLI & JEROME (2001) traduziram um artigo, a partir dos escritos de Enrico Morselli em 1886, sobre dismorfofobia e tafefobia. A publicação, em 1891 no *Bolletino dell'Accademia Medica di Genova*, foi reconhecida como a primeira descrição do quadro da dismorfofobia associada ao transtorno dismórfico corporal (TDC). A dismorfofobia representava um sentimento subjetivo de feiura, ou de um defeito físico que o paciente considerava que era notado por outros, apesar de sua aparência normal. O aparecimento súbito e a fixação da ideia de sua própria deformidade, o medo de estar ou tornar-se deformado, bem como a vivência desse pensamento desencadeavam um sentimento de grande ansiedade e caracterizaram a dismorfofobia.

PHILLIPS *et al.* (2005) realizaram um estudo prospectivo e longitudinal do curso do TDC, em 200 pacientes a partir de 12 anos de idade. Utilizaram como instrumentos: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II), *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder* (BDD-YBOCS), *Adjustment Scale-Self-Report* (SAS-SR), *Range of Impaired Functioning Tool* (LIFE-RIFT) e *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS). Concluíram que indivíduos com TDC apresentaram altas taxas de ideação suicida (78%) e tentativas de suicídio (27,5%), que foram correlacionadas tanto ao grau de comprometimento psicossocial provocado pela doença, como à comorbidade com outros transtornos psiquiátricos.

Relataram, ainda, que indivíduos com TDC não costumavam revelar seus sintomas ao médico.

PHILLIPS *et al.* (2010) assinalaram que a dismorfofobia foi incluída na nosologia psiquiátrica, como transtorno somatoforme atípico, após a publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), pela Associação Psiquiátrica Americana (1980). Mas adquiriu critérios diagnósticos somente em 1987, quando passou a ser denominada TDC e descrita como transtorno somatoforme na terceira edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III-R). A quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TRTM) e a Classificação Internacional de Doenças (CID10) foram considerados os principais sistemas de classificação da psiquiatria ocidental. Embora existissem estudos e descrições clínicas de dismorfofobia na Europa, desde a década de 70, o conceito não representava uma autonomia nosológica na CID-10, sendo incluído na categoria de hipocondria (F45.2). Os autores sugeriram operacionalizar características clínicas do TDC, na elaboração da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

3.2 TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL E CIRURGIA PLÁSTICA

KNORR, EDGERTON, HOOPES (1967) relataram a insatisfação de alguns pacientes em Cirurgia Plástica, classificando-os de insaciáveis. Referiram que esses pacientes, geralmente, solicitavam múltiplas cirurgias para corrigir defeitos imperceptíveis, ou inexistentes. Esses pacientes apresentavam grande insatisfação com os resultados após a cirurgia, apesar de tecnicamente adequados.

HAY (1970) publicou um dos primeiros artigos sobre dismorfofobia. Avaliou 17 pacientes com queixas de dismorfofobia e concluiu que eram psicologicamente alterados quando comparados ao grupo controle. Os casos foram descritos com o relato do próprio paciente, observação clínica do médico e diagnóstico, permitindo identificar as principais características clínicas da enfermidade, dentre as quais o desejo de procedimentos de cirurgia plástica e o risco de suicídio. Concluiu que a dismorfofobia era um sintoma não específico, que poderia ocorrer em diferentes síndromes psiquiátricas.

ANDREASEN & BARDACH (1977) escreveram que a dismorfofobia — um sentimento subjetivo de feiura numa pessoa com aparência normal — embora fosse observada em pacientes que buscavam cirurgias plásticas, não constava dos principais manuais de diagnóstico psiquiátrico. Apresentaram dois relatos de caso e sugeriram o aprofundamento de pesquisas em casuísticas maiores, para determinar se a dismorfofobia era o sintoma de uma doença, ou a doença em si, com critérios diagnósticos específicos. Acrescentaram que, em seus atendimentos clínicos, aproximadamente dois por cento dos pacientes que buscavam procedimentos de cirurgia plástica, apresentavam essa condição. Relataram características essenciais desses pacientes como crenças, experiência subjetiva da deformidade, percepções de autorreferência, grau de sofrimento e comprometimento do funcionamento afetivo, social e profissional, bem como o desejo de procedimentos de cirurgia plástica.

THOMSON JR, KNORR, EDGERTON (1978) fizeram uma revisão da literatura da avaliação psiquiátrica dos candidatos à Cirurgia Plástica, considerando os candidatos à rinoplastia como protótipo. Apontaram a importância do conhecimento das motivações dos pacientes e dos benefícios psicológicos da cirurgia estética. Relataram, também, o

aparecimento de ansiedade reativa e depressão transitória no período de pós-operatório imediato, como resposta adaptativa. Acrescentaram, ainda, que reações emocionais no pós-operatório eram, geralmente, amenas e transitórias. Concluíram que, a grande maioria dos pacientes que se submeteu à cirurgia plástica reportou, independentemente do diagnóstico psiquiátrico, satisfação, melhora na autoestima e nos sintomas depressivos. Afirmaram, também, que a melhora nas relações interpessoais, sem mudança significativa na personalidade básica, foi uma observação consistente nesses casos. Segundo os autores, graves distúrbios psicológicos não seriam uma contraindicação direta para a operação.

PHILLIPS (1991), em revisão da literatura, afirmou que conceitos descreveram o TDC antes da entrada na nosologia psiquiátrica, como hipocondria da beleza, ou *hässlichkeitskummer* (alguém que teme ser feio) por Jahrreiss, em 1930; e hipocondria dermatológica por Zaidens, em 1950, para descrever os pacientes que focavam os defeitos percebidos na pele e cabelo.

SARWER *et al.* (1998) investigaram a prevalência do TDC, em 100 pacientes do gênero feminino que procuraram procedimentos de cirurgia plástica, utilizando os seguintes instrumentos: *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ) e *Body Dysmorphic Disorder Examination – Self - Report* (BDDE-SR). Concluíram que essas pacientes não apresentaram maior insatisfação com a aparência geral, quando comparadas com os dados populacionais. Entretanto, relataram maior insatisfação quando consideradas as regiões corporais específicas a serem operadas. As cirurgias mais procuradas foram: ritidoplastia, blefaroplastia, mamoplastia redutora, rinoplastia e lipoaspiração. Sete por cento foram incluídas nos critérios diagnósticos para TDC. Os autores consideraram que o DSM-IV não categorizava, adequadamente, pacientes que apresentavam

extrema angústia com a aparência física e buscavam tratamento na Cirurgia Plástica. Portanto, o diagnóstico deveria categorizar indivíduos com acentuado sofrimento, em torno de um problema estético específico, que não seria capturado pelos critérios diagnósticos do TDC.

PERTSCHUK *et al.* (1998) realizaram uma investigação da insatisfação da imagem corporal no pré-operatório, em 30 pacientes do gênero masculino submetidos à cirurgia plástica, comparando-os com 30 pacientes do gênero feminino que se submeteram a procedimentos similares. Foram aplicados dois questionários: MBSRQ e BDDE-SR. Os autores concluíram que as mulheres apresentaram mais preocupação com a aparência física. Não houve diferença no grau de insatisfação quanto à parte específica do corpo que consideraram para a cirurgia. Em um dos pacientes foi diagnosticado o TDC; os homens procuraram mais a rinoplastia e as mulheres a ritidoplastia. Os pacientes consideraram a cirurgia plástica como intervenção para a melhora da saúde, mais do que uma alteração estética. Segundo os autores, o conceito de imagem corporal era uma perspectiva alternativa para compreender a psicologia dos pacientes em Cirurgia Plástica.

PHILLIPS & DUFRESNE (2000) dissertaram sobre a definição e características clínicas do TDC, enquanto roteiro para cirurgiões plásticos e dermatologistas; pacientes com TDC procuravam esses profissionais com frequência. Referiram que, embora o TDC fosse um transtorno comum, geralmente, não era diagnosticado na prática médica, e consistia de preocupação excessiva com um defeito, ou falha mínima na aparência física, provocando angústia e prejuízo nos aspectos social e emocional. Esses pacientes tinham a qualidade de vida prejudicada e apresentavam altos índices de tentativas de suicídio. As regiões de insatisfação mais comuns eram as da pele, cabelo e nariz. Apesar da escassez de estudos

sobre os efeitos dos procedimentos de cirurgia plástica e dermatologia, no tratamento desse perfil de pacientes, os autores contraindicaram a cirurgia plástica. Sugeriram triagens e pesquisas do TDC.

MÜHLBAUER, HOLM, WOOD (2001) destacaram um grupo de pacientes que sofria com o chamado complexo de *Thersites*, em que um defeito físico mínimo causava grande angústia. *Thersites* referia-se à figura do soldado *Thersites*, descrito por Homero na *Ilíada*, como o “homem mais feio e insolente daquele lugar”. Segundo os autores, pacientes com TDC procuravam, inicialmente, o cirurgião plástico para amenizar a deformidade e aliviar o sofrimento por meio da correção cirúrgica. Afirmaram que os cirurgiões plásticos deveriam conhecer esse transtorno mental em seus pacientes, no momento da consulta. Sugeriram a *Body Dysmorphic Symptoms Scale* (BDSS), denominada pelos autores de *Modified Pisa Body Dysmorphic Symptoms Scale*, como instrumento para triagem do TDC em pacientes que buscavam procedimentos de cirurgia plástica. Segundo os autores, o instrumento era uma escala de avaliação simples, um guia útil de expressão dos sentimentos e expectativas do candidato à cirurgia e que, permitiria uma primeira avaliação psicológica para estimar características psicopatológicas do TDC. Os autores descreveram ainda a relevância das questões da seguinte forma: respostas positivas de 1 a 5 significariam que os pacientes teriam apenas benefícios à cirurgia corretiva; de 1 a 7 seriam pobres candidatos à cirurgia e respostas positivas de 1 a 10 representariam a exclusão do candidato a qualquer intervenção estética.

ALTAMURA *et al.* (2001) definiram as características demográficas e clínicas do TDC em 487 indivíduos de centros hospitalares de Medicina Estética, distribuídos em três partes: grupo com TDC (6,3%), subgrupo clínico com TDC - considerados os pacientes, cujos sintomas não induziam a significativo prejuízo na qualidade de vida – (18,4%), e grupo controle.

Foram utilizados os instrumentos: SCID-I e BDD-YBOCS. A ideação suicida foi maior no grupo TDC (49,7%), do que no subgrupo que não preenchia todos os critérios para TDC (12,1%). Segundo os autores, pacientes com TDC não reconheciam suas crenças, que estariam relacionadas à doença mental, e procuravam mais tratamentos estéticos do que serviços de atendimento psiquiátrico.

PHILLIPS *et al.* (2001), em estudo retrospectivo, investigaram a presença de tratamentos não psiquiátricos em 289 indivíduos (250 adultos e 39 adolescentes) diagnosticados com TDC pelo SCID-I, que participavam do programa de atendimento mental. Concluíram que, a maioria dos adultos (66%), procurou tratamento não psiquiátrico para as falhas percebidas na aparência física. A especialidade mais procurada foi a Dermatologia, seguida de Cirurgia Plástica. O procedimento mais comum foi a rinoplastia, seguido de mentoplastia e mamoplastia. Apenas 7,3%, de todos os tratamentos levaram à diminuição da preocupação com a região corporal tratada e melhora dos sintomas do TDC. Os autores apresentaram características demográficas e clínicas e salientaram comportamentos autoagressivos. Dois pacientes tentaram fazer a cirurgia em si mesmo: uma paciente cortou seus mamilos e um outro tentou fazer uma rinoplastia, substituindo sua cartilagem do nariz com cartilagem de frango.

KISELY *et al.* (2002) compararam, em um grupo composto de 84 pacientes, as características dos que foram submetidos à cirurgia plástica por razões estéticas, com as de um grupo que se submeteu a procedimentos considerados reparadores. Investigaram a correlação entre dismorfismo e comorbidades psiquiátricas. Os questionários aplicados foram *General Health Questionnaire* (GHQ-12) e *Dysmorphic Concern Questionnaire* (DCQ). Os autores encontraram uma correlação significativa entre dismorfismo e sintomas psiquiátricos. Essa associação foi estatisticamente

significante nos pacientes de cirurgia plástica estética em comparação com os da cirurgia reconstrutiva.

FLAGEUL, GODEFROY, LACOEUILHE (2003) relataram que a dimensão psicológica, satisfação e qualidade de vida tinham igual significado. Afirmaram, também, que a capacidade de reparação da cirurgia plástica é que lhe conferia o valor terapêutico e que, a intervenção, nunca alcançaria esse valor nos pacientes com TDC. Esses autores trouxeram, em seu estudo, o ponto de vista de cirurgiões plásticos, psicólogos, psiquiatras e juristas, concluindo que toda a cirurgia plástica era reconstrutiva porque almejava a estética, cujo estado harmônico seria um dos fatores de bem-estar individual e social.

VEALE, DE HARO, LAMBROU (2003) determinaram a frequência do TDC em pacientes que buscaram a rinoplastia e compararam com os da clínica psiquiátrica. Os instrumentos utilizados foram: *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDQ), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), BDD-YBOCS e *Rhinoplasty Questionnaire*. Numa primeira fase do estudo, após a aplicação do BDDQ, identificaram 20,7% de pacientes com a possibilidade de diagnóstico para TDC. No entanto, os autores identificaram um grupo de pacientes com características subclínicas, ou leves para TDC, que ficou satisfeito com a rinoplastia. Num segundo estágio compararam pacientes, que não apresentavam sintomas e que se mostraram satisfeitos com a rinoplastia, com pacientes diagnosticados com TDC atendidos na unidade de Psiquiatria (que desejavam a cirurgia, mas que, por uma variedade de razões, não conseguiram fazê-la). Concluíram que pacientes com o TDC eram significativamente mais jovens, depressivos e ansiosos e mais preocupados com o seu nariz e corpo. Apresentavam, ainda, prejuízo nas relações interpessoais que afetava a qualidade de vida.

Sugeriram, assim, mais estudos para refinar os questionários do TDC em populações maiores, em atendimento na Cirurgia Plástica.

SARWER *et al.* (2004), em revisão de literatura, avaliaram o histórico de saúde mental e tratamento psiquiátrico, em pacientes que procuraram procedimentos de cirurgia plástica, revelando que essa população parecia ser mais doente do que aquela que não procurava tratamentos estéticos. A depressão foi o transtorno mental mais referido em ambos os grupos. Cerca de 20% dos pacientes relataram ter experienciado alguma forma de psicopatologia no momento da cirurgia. Contudo, segundo os autores, o aumento do uso de medicação entre essa população poderia ser reflexo do comportamento de procura de ajuda - esses pacientes eram mais propensos a usar assistência médica como um meio de melhorar a *performance* de uma forma geral. Pacientes que buscavam a cirurgia plástica costumavam reportar grande investimento em saúde e em *fitness*, quando comparados àqueles que não apresentavam interesse em procedimentos estéticos. Embora a cirurgia estética não melhorasse a saúde física, os pacientes associavam a mudança cirúrgica à melhora do bem-estar psicológico. Os resultados assinalaram resultados contraditórios e sublinharam a importância de triagem de pacientes de Cirurgia Plástica, bem como o encaminhamento para profissionais da área da saúde mental, sempre que necessário. Muitas vezes, outras informações, como a presença de TDC, transtornos alimentares e abuso de substâncias, não eram referidas pelos pacientes, porque não seriam adequadamente perguntados acerca de seus sintomas. Os autores assinalaram que era crucial determinar as formas de psicopatologia que estavam associadas a pobres resultados e, conseqüentemente, seriam uma contraindicação ao tratamento estético e cirúrgico.

CRERAND *et al.* (2005) relataram que, indivíduos incluídos nos critérios diagnósticos para TDC procuravam tratamento cirúrgico e não psiquiátrico para melhorar defeitos percebidos em sua aparência física. Utilizaram os instrumentos de avaliação: *Body Dysmorphic Disorder (BDD Form)*, *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form (SF-36)*, *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (QLES-Q)*, *Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR)*, *BDD-YBOCS* e *Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS)*. Aqueles pacientes, cujo grau de convicção assumiu características delirantes, foram avaliados pelo *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition (SCID-I/P)*. Em 200 indivíduos diagnosticados com TDC (184 adultos e 16 adolescentes) descreveram a frequência para TDC (71% dos pacientes procuraram tratamento, e 64% o receberam), os tipos de tratamentos buscados por estes pacientes (a Dermatologia foi a especialidade mais procurada, seguida da Cirurgia Plástica - rinoplastia, lipoaspiração e mamoplastia de aumento) e os resultados do tratamento instituído (tratamentos não psiquiátricos raramente melhoravam os sintomas do TDC).

GLASER & KAMINER (2005), em revisão da literatura, concluíram que o TDC afetava, aproximadamente, 1% da população nos Estados Unidos da América (EUA), e de 7 a 15% de pacientes que procuravam os procedimentos de cirurgia plástica, os quais, geralmente, demonstravam obsessão com a área a ser tratada. Além disso, esse perfil de pacientes era um desafio especial para os cirurgiões plásticos. Os autores referiram que a identificação do TDC causou impacto positivo tanto no tratamento, quanto no vínculo estabelecido entre cirurgião e paciente. Desta forma, a falha no reconhecimento do TDC poderia levar à insatisfação do paciente quanto ao resultado obtido.

BELLINO *et al.* (2006) investigaram a relação entre transtornos de personalidade e sintomas dismórficos, num grupo de 66 pacientes que procuraram procedimentos de cirurgia plástica. Como instrumentos de avaliação utilizaram uma entrevista semiestruturada para características demográficas e clínicas, SCID-I, *Hamilton Depression Rating Scales* (HDRS) e BDD-YBOCS. Referiram que uma avaliação pré-operatória poderia contribuir para a definição do perfil clínico dos pacientes em atendimento na Cirurgia Plástica. A prevalência do TDC nessa casuística foi de 16%.

ANDRETTO AMODEO (2007) relatou que, segundo a *American Society of Plastic Surgeons*, a rinoplastia foi uma das operações mais procuradas por razões étnicas e por adolescentes, bem como a mais requisitada por pacientes que poderiam ser incluídos nos critérios diagnósticos para TDC. Sugeriram a seleção e avaliação no pré-operatório de pacientes que buscavam a rinoplastia, para se alcançar um bom resultado pós-operatório.

D'ASSUMPCÃO (2007) adotou o termo Complexo de Quasímodo (CQ) para referir-se à dismorfofobia, ou distúrbio dismórfico corporal, doença psiquiátrica muito ligada à Cirurgia Plástica. Segundo o autor, os cirurgiões plásticos deveriam conhecer bem essa condição. Sugeriu a BDSS para a triagem desse perfil de pacientes, que chamou de Escala de Pisa Modificada.

ENDE, LEWIS, KABAHER (2008) relataram que pacientes, com sintomas para TDC, procuravam o cirurgião plástico e apresentavam graus de sofrimento e níveis de gravidade sintomatológica. Geralmente, não era feito o diagnóstico para TDC. Embora por vergonha ou constrangimento algumas regiões do corpo, que causavam a insatisfação, não fossem referidas pelos pacientes, as áreas corporais de maior insatisfação

costumavam ser a pele, cabelo e nariz. Os autores sugeriram que alguns desses pacientes poderiam ser beneficiados com uma cirurgia plástica, desde que, acompanhados por profissionais da saúde mental. Enfatizaram o risco de demandas judiciais, cuja insatisfação, de origem psiquiátrica, aliava-se à exploração do tema por parte de advogados.

MALICK, HOWARD, KOO (2008) relataram que pacientes que buscavam procedimentos de cirurgia plástica, costumavam apresentar sintomas de TDC e transtornos de personalidade. Destacaram a importância do conhecimento das características clínicas dessas condições psiquiátricas e da aplicação de questionários, bem como da avaliação pré-operatória, para o melhor manejo e encaminhamento de pacientes.

KAYMAK, TANER, ŞİMŞEK (2009) referiram que o TDC era relativamente comum em Cirurgia Plástica e Dermatologia. Os autores avaliaram 216 pacientes e aplicaram a BDSS e o *Beck Depression Inventory* (BDI). Concluíram que o grupo de pacientes com doenças de pele apresentaram mais sintomas para TDC e depressão do que o grupo controle, composto por estudantes universitários saudáveis.

PECORARI *et al.* (2010) investigaram se pacientes com sintomas para TDC e que buscaram a rinoplastia, diferiam daqueles sem sintomas, em relação à autoestima, personalidade e qualidade de vida. Foram aplicados no pré-operatório de 54 pacientes (19 homens e 35 mulheres) os seguintes instrumentos de avaliação: *Nasal Obstruction Symptom Evaluation Scale* (NOSE), *Health-Related Quality of Life* (HRQL), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSE), BDDQ e *Temperament and Character Inventory* (TCI). Relataram que os pacientes com sintomas para TDC apresentaram baixa autoestima, mais comportamentos de esquiva e menor direcionamento de projetos de vida, bem como traços de personalidade esquizóide, narcisista e

obsessiva. Sugeriram avaliações no pré-operatório de uma cirurgia plástica, para evitar frustrações quanto a expectativas de resultado, tanto para pacientes quanto para médicos.

LAI *et al.* (2010) investigaram a prevalência do TDC, a partir de registros médicos, em 817 indivíduos que procuraram diferentes procedimentos de cirurgia plástica, num período de 3 anos. Os resultados mostraram que 63 pacientes (7,7%) foram incluídos nos critérios diagnósticos para TDC, dos quais 54 tinham sido diagnosticados na avaliação pré-operatória. Contudo, 9 pacientes (1,2%), não diagnosticados anteriormente, apresentaram sintomas e relataram insatisfação com os resultados, após a cirurgia plástica. Concluíram que procedimentos de cirurgia plástica deveriam ser evitados para esse perfil de pacientes. Sugeriram instrumentos de avaliação para auxílio à identificação e ao diagnóstico do TDC.

JAVO & SORLIE (2010) avaliaram fatores psicossociais, que prediziam o interesse de pacientes do gênero feminino por rinoplastia, lipoaspiração, mamoplastia de aumento e abdominoplastia, na Noruega. Avaliaram 1862 mulheres com idades entre 18 e 35 anos. Utilizaram os instrumentos: *Mini-International Neuropsychiatric Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition) (MINI), *Big-Five Personality* (BFP-10), *Self-Liking and Competence Scale* (SLCS), *MBSRQ*, *Eating Disturbance Scale* (EDS-5) e *Hopkins Symptom Check List* (HSCL-5). A rinoplastia foi procurada por 7% das pacientes, sendo que, 69% reportaram interesse por mais de um procedimento além da rinoplastia e 2,3% relataram ter se submetido anteriormente a outra cirurgia plástica. A presença de sintomas para TDC foi um forte preditor para o interesse na rinoplastia, revelando que o nariz era uma das preocupações mais comuns em pacientes com TDC. Traços de personalidade, principalmente o fator

amabilidade, quando associado a sintomas para TDC, correlacionaram-se com o interesse na rinoplastia. A falta de informação de uma maneira geral, a aceitação social da cirurgia plástica e a avaliação negativa da aparência foram preditores para todos os procedimentos. Enquanto que sintomas para TDC, traços de personalidade, preocupação com a aparência e histórico de *teasing* influenciaram todos os procedimentos à exceção da abdominoplastia, ter filhos foi preditor para todas as cirurgias à exceção da rinoplastia. Concluíram que, de uma maneira geral, fatores psicológicos associados à cirurgia plástica eram comuns e variavam em grau e por procedimento cirúrgico.

TASMAN (2010), em revisão de literatura, assinalou que estudos sobre os aspectos psicológicos da rinoplastia eram escassos, bem como o desenvolvimento de instrumentos de triagem. A insatisfação com os resultados era descrita na literatura científica, o papel do TDC e a controvérsia em relação à indicação da cirurgia para esse perfil de pacientes. A aceitação social da cirurgia plástica podia diminuir a sensação do risco cirúrgico e, por outro, provocar a insatisfação com a aparência e transtornos alimentares. De acordo com a revisão, a insatisfação com a aparência física e traços obsessivos de personalidade, em candidatos à cirurgia plástica, era mais evidente em indivíduos que desejavam submeter-se à rinoplastia. Entretanto, resultados positivos mostravam também que a rinoplastia podia ser considerada uma intervenção terapêutica, sendo denominada de psicocirurgia. Assim, o desejo pela rinoplastia não deveria, de imediato, ser interpretado como indicador da presença de uma doença mental, mas como uma tentativa de aliviar o sofrimento subjetivo, ou de alcançar uma nova identidade social. Concluiu que os aspectos psicológicos da rinoplastia poderiam ter um profundo impacto no pós-operatório.

BARAHMAND, MOZDSETAN, NARIMANI (2010) referiram que, nos últimos anos, a rinoplastia era uma intervenção cada vez mais comum. Avaliaram sintomas para TDC em 100 mulheres que buscaram a rinoplastia, e não receberam tratamento psicológico ou farmacológico, comparando os índices de saúde mental e transtornos de personalidade em pacientes com e sem sintomas para TDC, assinalando a heterogeneidade do TDC e os diferentes graus de morbidade dos sintomas. Utilizaram os instrumentos: MBSRQ, *The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMII-III) e *General Health Questionnaire* (GHQ-28). Considerando preocupações dismórficas corporais, ansiedade, depressão ou disfunção social, a prevalência de sintomas para TDC foi identificada em 22% das pacientes, embora características individuais tenham sido observadas. Os resultados mostraram baixos escores para insatisfação com a aparência geral (5%) e escores mais altos para investimento e preocupação com a aparência (85%). A avaliação da aparência, mas não a preocupação, mostrou-se associada com depressão e ansiedade. Observaram ainda que, embora a insatisfação com a aparência e com regiões específicas do corpo diminuísse, a preocupação com a aparência aumentava após a intervenção cirúrgica. Esse resultado sugeriu a necessidade de avaliação psicológica no pré-operatório para identificar pacientes que pudessem beneficiar-se com a rinoplastia. A avaliação positiva da aparência e o investimento com a aparência foram associados a traços histriônicos e narcisistas da personalidade, enquanto a insatisfação com partes específicas do corpo correlacionou-se com traços obsessivo-compulsivos. Concluíram que, preocupações dismórficas corporais seriam melhor explicadas dentro de um transtorno do espectro obsessivo-compulsivo, ou como manifestações mórbidas de tendências inflexíveis e perfeccionistas observadas em transtornos de personalidade obsessivo-compulsivo. Pacientes que apresentavam excessiva avaliação da aparência e insatisfação com uma

região específica do corpo, como o nariz, experienciavam grande ansiedade e padrões de comportamento mais compulsivos. Por outro lado, a preocupação com a aparência física podia não estar por si só relacionada à morbidade psiquiátrica. Apenas quando a avaliação negativa da aparência era acompanhada por sentimentos de insatisfação, a ansiedade e depressão poderiam coexistir.

ALAVI *et al.* (2011) avaliaram 306 pacientes que desejaram realizar rinoplastia, dos quais 80% eram mulheres. Vinte e quatro por cento foram incluídos nos critérios diagnósticos para TDC (DSM-IV-TRTM) e 41% apresentaram comorbidades de outros transtornos mentais. Os pacientes foram avaliados em entrevista clínica, realizada por um médico psiquiatra. Não foram aplicados questionários. Os autores concluíram que o TDC era comum na prática médica, particularmente em pacientes que buscavam a rinoplastia. Sugeriram a seleção de pacientes no pré-operatório de uma cirurgia plástica.

PICAVET *et al.* (2011) avaliaram a prevalência e a gravidade de sintomas do TDC, bem como a sua influência na qualidade de vida de 226 pacientes que buscaram a rinoplastia. Assinalaram a importância da identificação do TDC e seleção de pacientes no pré-operatório de procedimentos estéticos e, por outro lado, referiram a falta de métodos padronizados para essa avaliação. Segundo os autores, o TDC, geralmente, mostrava-se como um “*hidden state*”, na medida em que, os pacientes, tinham vergonha de referir seus sintomas e pedir ajuda para clínicos gerais, ou profissionais da saúde mental. Por outro lado, com a crítica do estado mórbido prejudicada, os pacientes procuravam tratamentos estéticos e/ou cirúrgicos. Utilizaram como instrumentos: *Visual Analogue Scale for Nasal Shape* (VAS), BDD-YBOCS, *Sheehan Disability Scale* (SDS) e *Derriford Appearance Scale* (DAS-59). Concluíram que 2% dos pacientes

apresentaram sintomas para TDC, sendo que, 33% revelaram sintomas obsessivo-compulsivos moderados a graves com a aparência. O sofrimento subjetivo dos pacientes estava mais associado à percepção da forma do nariz do que à deformidade objetiva. Pacientes com sintomas mais graves apresentaram significativa piora na qualidade de vida, mais preocupações e comportamentos com a aparência, mais dificuldades interpessoais, baixa autoestima e maior sofrimento. Os autores referiram ainda que, a satisfação do paciente e a sua qualidade de vida eram um dos principais objetivos da Cirurgia Plástica, sugerindo mais estudos prospectivos nesse campo.

LARSON & GOSAIN (2012) relataram o aumento de indivíduos mais jovens, com idade abaixo dos 18 anos, na busca por procedimentos estéticos como a rinoplastia. Por essa razão, referiram que deveriam ser avaliados pelos cirurgiões plásticos a fim de verificar se seriam candidatos à cirurgia. Sugeriram mais pesquisas nessa população.

PICAVET *et al.* (2013) avaliaram o impacto de sintomas para TDC na satisfação e qualidade de vida de 166 pacientes, após um ano da rinoplastia. Utilizaram os seguintes instrumentos: BDD-YBOCS, ROE, SDS e DAS-59. Observaram correlação inversa em relação à satisfação e presença de sintomas entre o pré e pós-operatório de três e doze meses. Os sintomas para TDC apresentaram correlação positiva com os escores das SDS e DAS-59, nos dois momentos. Concluíram que sintomas para TDC no pré-operatório tinham um impacto negativo nos resultados de satisfação após a rinoplastia.

MR *et al.* (2013) utilizaram o BDD-YBOCS e a HADS para avaliar sintomas para TDC, em 130 pacientes que buscaram a rinoplastia. Quarenta e um pacientes (31,5%) apresentaram sintomas, dos quais 29,3% eram leves, 53,7% moderados e 17% mostraram-se graves. Os pacientes com

sintomas para TDC (31,5%), apresentaram como comorbidade depressão (29,3%) e ansiedade (26,3%). Os autores sugeriram que, a triagem em saúde mental no pré-operatório, seria condição para alcançar a satisfação de resultados cirúrgicos.

CONSTANTIAN & LIN (2014b) relataram associação entre histórico de abuso, distúrbios da imagem corporal e obsessão pela rinoplastia. Desta forma, consideraram o TDC uma variante do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e como possível modelo de inadaptação ao abuso e negligência física e emocional sofridos ao longo da vida. Referiram que pacientes levemente insatisfeitos, ou mais insatisfeitos, que buscavam a rinoplastia, manifestavam características idênticas e que, portanto, deveriam ser criteriosamente identificados no pré-operatório da intervenção cirúrgica. Assinalaram ainda que, o quadro clínico tradicional do TDC, não descrevia os pacientes que os cirurgiões plásticos atendiam em sua prática clínica. O TDC era um *continuum* e, portanto, os cirurgões plásticos tinham menos contato com pacientes obsessivos, ou que apresentavam quadros delirantes e de isolamento total, como descritos na literatura em saúde mental, os quais seriam mais facilmente reconhecidos. Esse fato, por sua vez, traduzia o desafio para os cirurgiões plásticos na triagem de procedimentos cirúrgicos.

FELIX *et al.* (2014) em estudo prospectivo, investigaram se pacientes com sintomas leves a moderados para TDC melhoravam após a rinoplastia. Avaliaram o nível de satisfação e a gravidade dos sintomas após um ano da cirurgia. Trinta de duas mulheres foram avaliadas no pré e pós-operatório, segundo a Versão Brasileira do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE). Os autores concluíram que, após um ano da rinoplastia, houve melhora dos sintomas negativos da imagem corporal e diminuição da preocupação com a aparência, identificados na diminuição dos escores do

BDDE e no tempo dispendido em cuidados com a aparência física. Em 81% das pacientes observou-se remissão completa dos sintomas para TDC e 90% revelaram satisfação com os resultados cirúrgicos, após um ano. Concluíram ainda que, a rinoplastia, poderia ser um tipo de tratamento para pacientes do gênero feminino com sintomas leves a moderados para TDC.

DE BRITO et al. (2016a) avaliaram, no pré-operatório, a insatisfação corporal e a prevalência de sintomas para TDC em pacientes que, buscaram a abdominoplastia, a rinoplastia e a ritidoplastia. Trezentos pacientes de ambos os gêneros participaram do estudo (abdominoplastia, n=90; rinoplastia, n=151 e ritidoplastia, n=59), que foram divididos em dois grupos, de acordo com a presença de sintomas para TDC: com sintomas (n=51, n=79 e n=25, respectivamente) e sem sintomas (n=39, n=72 e n=34, respectivamente), segundo o BDDE. Relataram que a prevalência de sintomas para TDC em pacientes que buscaram a abdominoplastia foi de 57%, de 52% na rinoplastia e de 42% na ritidoplastia. Assinalaram diferenças significantes entre os grupos cirúrgicos quanto à idade ($p<0,001$), IMC ($p=0,001$) e início de sintomas ($p<0,001$). Identificaram ainda diferenças quanto à gravidade dos sintomas entre os grupos cirúrgicos: abdominoplastia ($p<0,001$), rinoplastia ($p<0,001$) e ritidoplastia ($p=0,005$). A gravidade do TDC foi associada ao grau de insatisfação ($p<0,001$), comportamentos de evitação ($p<0,001$), abuso sexual ($p=0,026$), ideação suicida ($p<0,001$) e tentativa de suicídio ($p=0,012$). Os autores concluíram que, candidatos à abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia, apresentaram prevalência alta de sintomas para TDC. Os pacientes que buscaram a abdominoplastia revelaram maior insatisfação corporal e mais sintomas para TDC. Os candidatos à rinoplastia apresentaram menor número de casos graves. No grupo de pacientes que procuraram a ritidoplastia, a proporção de casos graves foi maior.

3.3 VALIDAÇÃO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

WENGLER (1986) salientou a abordagem psicológica como uma maneira importante de selecionar os pacientes para procedimentos em cirurgia plástica. Dessa forma, um exame psicológico poderia evitar complicações psicológicas pós-operatórias. O autor relacionou a motivação para a cirurgia plástica a um comportamento de adaptação e sinônimo de saúde mental, por se tratar da busca da autoestima.

GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993) observaram que questionários de qualidade de vida foram desenvolvidos, em sua maioria, no idioma inglês. Assim, recomendaram metodologia de tradução e adaptação cultural do instrumento, incluindo, no mínimo, duas traduções iniciais. Os autores instituíram a revisão dessas traduções por um grupo multidisciplinar, duas traduções de volta para o idioma original, feitas a partir das traduções iniciais, retrotradução, e um pré-teste na população alvo para verificação do entendimento dos itens.

PHILLIPS *et al.* (1997) desenvolveram e avaliaram as propriedades psicométricas (confiabilidade e validade) da BDD-YBOCS; uma entrevista clínica semiestruturada, designada para avaliar a gravidade do TDC, em 125 pacientes com diagnóstico para TDC. O instrumento apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0,80$) e a confiabilidade teste-reteste foi de 0,88. Concluíram que a BDD-YBOCS era um instrumento confiável e válido para a avaliação da gravidade do TDC, sendo uma medida de resultado adequado em situações clínicas e em estudos de tratamento do TDC.

PERUGI *et al.* (1997) avaliaram 58 pacientes com diagnóstico para TDC, segundo o DSM-III-R (1980), no Instituto de Psiquiatria da Universidade de Pisa – Itália. Os autores desenvolveram a BDSS, um

instrumento autoadministrado de dez itens, que avaliava de forma objetiva e rápida a presença de características importantes do TDC. Nesse estudo, os autores também relataram diferenças entre os gêneros em relação às regiões de insatisfação corporal e comorbidades associadas ao TDC. A BDSS foi publicada em Inglês.

FITZPATRICK *et al.* (1999), em estudo sobre instrumentos de avaliação de qualidade de vida em Cirurgia Plástica, relataram as causas que propiciaram o desenvolvimento dos testes após a década de 60, as tradições que contribuíram com o desenvolvimento das medidas baseadas nos resultados dos pacientes e os tipos de instrumentos genéricos e específicos utilizados. Concluiu-se que não existia um instrumento ideal e que, em cada estudo, dever-se-ia levar em consideração critérios como conveniência, validade, confiabilidade, precisão, interpretação, aceitabilidade e viabilidade na escolha do instrumento mais adequado.

HEPBURN & CUNNINGHAM (2006) estudaram o TDC em pacientes que buscaram tratamento ortodôntico (n=40) e na população geral (n=70), com idades a partir de 18 anos. Utilizaram o instrumento BDD-YBOCS. O TDC foi diagnosticado em 2,86% da população geral e em 7,5% dos pacientes ortodônticos. Na população geral, a insatisfação corporal relacionava-se a preocupações com o peso. Já nos pacientes ortodônticos, as principais queixas associavam-se à face, nariz, ou aos dentes. Concluíram que era importante compreender a imagem corporal e identificar pacientes com TDC que, raramente, satisfaziam-se com os resultados e deveriam ser adequadamente encaminhados em seu tratamento.

DE BRITO *et al.* (2013) desenvolveram um modelo linguístico, baseado em lógica *fuzzy*, para quantificar o nível de sofrimento em pacientes com

sintomas para TDC. Segundo os autores, sistemas cognitivos *fuzzy* lidavam com a incerteza na identificação, ou classificação do grau de insatisfação com a imagem corporal, que caracterizava os indivíduos que procuravam procedimentos em cirurgia plástica. Assim, um modelo *fuzzy* permitiria tratar matematicamente a incerteza na identificação de sintomas para TDC, bem como quantificar o nível de sofrimento subjetivo com a imagem corporal. O modelo foi desenvolvido, baseado no critério B (DSM-IV-TRTM), ou critério C (DSM-5), em 288 pacientes que buscaram três especialidades de cirurgia plástica: abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia. Para a construção do modelo, os autores desenvolveram uma classificação dos sintomas para TDC (leves a moderados e graves), de acordo com o comprometimento psicossocial dos pacientes. O sofrimento dos pacientes variou entre 7,5 e 31,6, segundo a avaliação do modelo *fuzzy*, para um ponto de corte de 18. Considerando-se esse ponto de corte, a área sob a curva ROC foi de 0,923. Houve concordância significativa entre o modelo *fuzzy* e o critério B do DSM-IV-TRTM ($kappa = 0,805; p < 0,001$). Os autores concluíram que o modelo *fuzzy*, de avaliação do nível de sofrimento em pacientes com TDC, mostrou boa acurácia, indicando que podia ser usado como uma ferramenta de triagem tanto em procedimentos de cirurgia plástica como na prática psiquiátrica.

DE BRITO *et al.* (2015a) traduziram, adaptaram culturalmente e validaram o instrumento de avaliação da gravidade de sintomas para TDC (BDD-YBOCS), em 93 pacientes que buscaram a rinoplastia. Trinta pacientes participaram da fase de adaptação cultural, a reprodutibilidade foi testada em 20 pacientes e a validade de construto em 43 pacientes, correlacionando-se o BDD-YBOCS e o BDDE. Observaram excelente consistência interna ($\alpha=0,918$), verificando-se ainda que todos os itens contribuíram favoravelmente para a consistência interna da respectiva

escala. As correlações item – total apresentaram valores acima de 0,5, indicando correlações aceitáveis entre cada item e o escore formado com todos os demais itens da escala. Os autores identificaram excelente reprodutibilidade intra (CCI=0,999; $p<0,001$) e interobservador (CCI=0,934; $p<0,001$) e diferenças de médias do escore BDD-YBOCS, tanto por ocorrência do TDC ($p<0,001$) como por níveis de gravidade dos sintomas para TDC ($p<0,001$). Verificou-se forte correlação entre *BDDE* e BDD-YBOCS ($r=0,781$; $p<0,001$). Utilizando-se a curva ROC, os autores relataram que, para um ponto de corte de 19, encontrava-se associada uma sensibilidade de 86,5% e especificidade de 73,1%. A área abaixo da curva ROC foi de 0,851, mostrando boa acurácia para discriminar pacientes com e sem sintomas para TDC. Os autores concluíram que a BDD-YBOCS era um instrumento confiável, mostrando validade de face, conteúdo e de construto, sendo denominada Versão Brasileira da YBOCS para Transtorno Dismórfico Corporal (BDD-YBOCS).

MÉTODOS

4. MÉTODOS

Este é um estudo primário, observacional, transversal, não controlado, realizado em centro único – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob protocolo nº 428965/13 (APÊNDICE 1).

4.1 INSTRUMENTO

Após autorização do autor da *Body Dysmorphic Symptoms Scale* (BDSS), Prof. Dr. Giulio Perugi (via e-mail), viabilizou-se o desenvolvimento deste estudo (APÊNDICE 2).

A BDSS é designada para medir os sintomas do transtorno dismórfico corporal (TDC), em indivíduos que procuram a cirurgia plástica e apresentam excessiva preocupação e angústia em relação à aparência física. Foi desenvolvida por PERUGI *et al.* (1997) e adaptada (modificada) por MÜHLBAUER, HOLM, WOOD, em 2001 (ANEXO 1 e 2).

A BDSS, desenvolvida no Instituto de Psiquiatria da Universidade de Pisa - Itália, é um instrumento de autoavaliação. É composta por dez itens, que identificam de forma objetiva e rápida a presença de características psicopatológicas do TDC, em indivíduos que apresentam excessiva preocupação e angústia em relação à aparência física e buscam a cirurgia plástica. O escore final corresponde à soma das respostas positivas para todas as questões. Escores maiores indicam a presença de sintomas para TDC.

4.2 CASUÍSTICA

Foram selecionados 80 pacientes, de ambos os gêneros, entre Fevereiro de 2014 e Março de 2015, que desejavam submeter-se à rinoplastia, procedentes do Ambulatório de Cirurgia Nasal da Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo (UNIFESP).

Os pacientes responderam aos questionários somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3). O TCLE foi assinado em duas vias, destinando-se uma ao paciente e outra à pesquisadora principal do estudo. Compreendidos os objetivos da pesquisa, bem como o caráter voluntário da participação, o sigilo das informações colhidas e a possibilidade de abandonar o estudo em qualquer etapa, sem que isso acarretasse em prejuízo no tratamento, foram obedecidos os seguintes critérios de elegibilidade:

4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes de ambos os gêneros.
- Pacientes que apresentassem queixa de excessiva preocupação e insatisfação com o nariz.
- Pacientes com desejo de alteração corporal através de um procedimento de cirurgia plástica.
- Pacientes com idade de 14 anos ou mais, no momento do estudo.
- Pacientes com grau mínimo de instrução escolar (quatro anos).
- Pacientes que assinassem o TCLE.

4.2.2 CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO

- Pacientes com delírios e alucinações, não relacionados à sobrevalorização do defeito percebido, no momento da entrevista.
- Pacientes com grandes deformidades físicas provocadas por obesidade, cirurgia bariátrica, tumores, queimaduras, agentes químicos ou outras condições.

4.2.3 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes que não retornassem às entrevistas, ou não completassem/responderem aos instrumentos.

4.3 PROCEDIMENTOS

Foram coletados dados sócio-demográficos dos 80 pacientes (APÊNDICE 4), divididos em três grupos (QUADRO 1).

QUADRO 1. Divisão por grupos da casuística de 80 pacientes

FASE	Nº
Adaptação Cultural	30
Reprodutibilidade	20
Validade de Construto	50

4.3.1 TRADUÇÃO

Seguindo as orientações propostas por GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993), a BDSS, em sua versão original, foi traduzida da língua inglesa para a língua portuguesa por dois tradutores independentes, sendo que, apenas um deles conhecia o objetivo do estudo, para que, assim, se chegasse a uma tradução conceitual e não estritamente literária.

4.3.1.1 REVISÃO PELO GRUPO MULTIDISCIPLINAR

As duas traduções foram analisadas por um grupo multidisciplinar composto por dois cirurgiões plásticos, um psiquiatra e três psicólogas, com experiência em distúrbios da imagem corporal e seleção de pacientes em procedimentos de cirurgia plástica. O grupo multidisciplinar analisou 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 a avaliação do grupo, uma versão consensual da escala, em Português, foi alcançada com base em elementos de ambas as versões anteriormente traduzidas.

As seguintes equivalências foram consideradas ao traduzir a escala:

- **Idiomática** – Considera que a tradução de certas expressões pode não ter o mesmo significado. Portanto, na equivalência idiomática a expressão é traduzida pelo real significado da palavra no texto.
- **Semântica** – É baseada na avaliação da equivalência gramatical e de vocabulário, considerando-se que muitas

palavras de determinado idioma não possuem igual significado em outro idioma.

- Conceitual – Considera o significado para aquele país, o conceito no contexto social.
- Cultural – Considera termos coerentes com a realidade da população inserida em seu contexto cultural.

4.3.1.2 RETROTRADUÇÃO

A versão consenso foi traduzida para a língua inglesa (*backtranslation*) por dois tradutores independentes que não conheciam a escala original e os objetivos do estudo.

4.3.1.3 REVISÃO DA TRADUÇÃO

As duas versões foram analisadas e comparadas à escala original, pelo mesmo grupo multidisciplinar, buscando identificar eventuais erros cometidos durante o processo de *backtranslation*, ou ainda corrigir possíveis erros, ou discrepâncias no processo de tradução (GUILLEMIN, 1995), construindo uma versão consenso, em Inglês, que foi comparada à versão original até que todas as discordâncias fossem solucionadas. A partir desta análise surgiu a versão consensual, em Português do Brasil, devidamente adaptada ao contexto linguístico e cultural da população, mantendo todas as características essenciais da escala original em Inglês (BEATON *et al.*, 2000).

4.4 ADAPTAÇÃO CULTURAL OU PRÉ-TESTE

Nesta fase, a população-alvo avaliou a compreensão e a relevância de cada afirmativa da escala. Assim, a BDSS foi aplicada a 30 pacientes, para verificar eventuais dificuldades na compreensão das questões. Depois da obtenção do TCLE, foi dada ao paciente a oportunidade de expressar a compreensão da escala e sugerir alterações que pudessem ser necessárias. Na entrevista individual, a entrevistadora leu as instruções para a aplicação da escala. Após cada pergunta, os pacientes foram convidados a explicar a questão da forma que entenderam (segundo suas próprias palavras), sugerir mudanças na formulação da mesma (adaptação da questão) e descrever o quanto estaria relacionada com a preocupação e angústia em relação à aparência física (relevância da questão).

As entrevistas foram realizadas em ambiente tranquilo e com boa iluminação, apenas com a presença da entrevistadora e do paciente.

Na etapa do pré-teste, ou adaptação cultural, analisaram-se as validades de face (avalia se a escala mensura o que se propõe medir e se as questões são aceitas sem despertar resistência, ou hesitação) e de conteúdo (avalia se a escala proporciona uma cobertura adequada do construto avaliado, incluindo as suas dimensões) (GANDEK & WARE, 1998; DEVON *et al.*, 2007).

Os dados foram colhidos e comparados, incluindo as adaptações necessárias para adequada compreensão dos pacientes (caso as respostas tivessem mais de 15% de dúvidas, a equipe multidisciplinar poderia substituí-las por outras com o mesmo conceito semântico, para que não fosse alterada a estrutura essencial da escala). Esta versão final foi considerada traduzida e adaptada culturalmente.

4.5 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

Após a tradução e adaptação cultural (n=30), baseadas no modelo recomendado por BEATON *et al.* (2000), passou-se à avaliação das propriedades psicométricas, como sugerido por GANDEK & WARE, do IQOLA Group (1998), sendo, então, testadas a reprodutibilidade (n=20), a consistência interna (n=80) e a validade de construto [(20 pacientes da fase de reprodutibilidade e mais trinta pacientes que não participaram de nenhuma das fases anteriores (n=50)].

4.5.1 REPRODUTIBILIDADE

A reprodutibilidade da BDSS foi testada por meio de três entrevistas realizadas com 20 pacientes, submetidos à aplicação do instrumento por dois entrevistadores independentes num mesmo dia, o Entrevistador 1 (E1) que foi a autora deste estudo, e o Entrevistador 2 (E2) que foi uma das psicólogas que também fez parte do estudo, e com diferença de duas semanas entre cada entrevista pelo mesmo entrevistador (E1). Este instrumento é autoaplicável, entretanto as pesquisadoras estavam presentes na sala da entrevista para esclarecer as possíveis dúvidas.

Esta etapa consistiu em comprovar a precisão do instrumento quanto à mensuração das propriedades para as quais foi projetado (GUILLEMIN, 1995; BEATON *et al.*, 2000).

4.5.1.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA DA FASE DE REPRODUTIBILIDADE

A casuística testada durante esta fase foi constituída de 20 pacientes.

-
- Correlação Linear de Pearson (r) entre os valores individuais obtidos na primeira, na segunda e terceira entrevistas. Este teste é uma medida do relacionamento linear entre variáveis. O coeficiente de correlação (r) mede o grau de associação entre duas variáveis e varia de -1 a $+1$. Os valores -1 e $+1$ representam o máximo da correlação. O sinal positivo indica correlação positiva, ou seja, indica que as duas variáveis são diretamente proporcionais; enquanto uma variável aumenta, a outra aumenta proporcionalmente. O sinal negativo indica correlação negativa, ou seja, indica um relacionamento negativo perfeito (inversamente proporcional), se uma variável aumenta, a outra diminui por um valor proporcional. O coeficiente de correlação nulo ($r=0$) indica ausência de relacionamento linear, isto é, se uma variável é alterada, a outra permanece praticamente igual (ALDERMAN & CHUNG, 2009).

 - Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), cujos valores são considerados fracos caso o CCI for inferior a $0,40$, sendo de $0,41$ a $0,60$ considerado CCI moderado, entre $0,61$ a $0,80$ bom ou substancial; já valor superior a $0,80$ é considerado quase perfeito ou muito bom (MCDONNEL & NELWEEL, 1996). As reprodutibilidades da escala interobservadores e intraobservador foram verificadas por meio da correlação intraclasse obtida via análise de variância com um efeito aleatório. A correlação intraclasse quantifica a concordância global a nível individual entre questionários aplicados por dois pesquisadores ou mesmo pesquisador em dois momentos. Valores altos da correlação intraclasse apontam a uma

concordância entre as respostas dos dois questionários aplicados (ALDERMAN & CHUNG, 2009).

- BLAND & ALTMAN (1986) propuseram a visualização das diferenças entre as mensurações (inter ou intraobservador) e das médias das duas avaliações (inter ou intraobservador) num gráfico de dispersão. Desta forma, o gráfico permite avaliar a magnitude da discordância – por meio da diferença em função do nível do escore (representada pela média). Se não ocorrer nenhum viés sistemático, espera-se observar pontos em torno do valor zero da diferença. Além disso, o gráfico apresenta um intervalo de confiança de 95% para a diferença. Os gráficos permitem assim visualizar os desvios entre as respostas das duas avaliações.

4.5.2 ANÁLISE DE CONFIABILIDADE COM TODOS OS ITENS

Esta análise foi realizada com os resultados das respostas dos 80 pacientes à BDSS.

A consistência interna, entre os 10 itens que compõem a BDSS, foi avaliada utilizando-se o coeficiente alfa de *Cronbach* (α).

O valor do α varia de zero a um, indicando maior confiabilidade do teste quanto mais próximo estiver de um (ALDERMAN & CHUNG, 2009). Valores de α superiores a 0,5 indicam confiabilidade, ou seja, consistência interna aceitável; entretanto, BLAND & ALTMAN (1986) postularam que um bom valor de α seria a partir de 0,70. Quando um valor de α é baixo deve-se fazer uma análise item a item para avaliar se algum deve ser excluído da escala e, assim, elevar a consistência do instrumento. Realiza-se a análise

item a item observando-se a correlação de cada um com os demais itens do instrumento e por intermédio do cálculo do α excluindo-se cada item.

4.5.3 VALIDADE DE CONSTRUTO

Para a validade de construto foram empregadas as análises convergente (via correlação de *Pearson* entre a BDSS e a Versão Brasileira da *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* Modificada para Transtorno Dismórfico Corporal - BDD-YBOCS e o coeficiente *Kappa*) e divergente (comparando a média dos escores da BDSS dos pacientes com e sem sintomas, utilizando-se o Teste *t*-Student para amostras independentes), em 50 pacientes.

Desta forma, a validade de construto convergente foi testada por meio da comparação da BDSS com um instrumento que avaliasse o mesmo conteúdo (preocupação e angústia com a aparência física). Portanto, selecionou-se a Versão Brasileira da YBOCS Modificada para Transtorno Dismórfico Corporal (BDD-YBOCS) (DE BRITO *et al.*, 2015a) (ANEXO 3).

A BDD-YBOCS é baseada numa entrevista clínica semiestruturada, designada para medir a gravidade de sintomas do TDC, em indivíduos que apresentam excessiva preocupação e angústia em relação à aparência física, sendo uma medida de resultado na prática médica e em estudos de tratamento para TDC (PHILLIPS *et al.*, 1997; DE BRITO *et al.*, 2015a). É composta por 12 itens, numa escala crescente de resposta de zero a quatro, sendo que, o zero indica ausência de sintomas do TDC, nos sete dias anteriores, e o quatro indica sintomas extremos. Os dez primeiros itens avaliam preocupações (pensamentos com características obsessivas) e comportamentos (com características compulsivas) relacionados à insatisfação com a aparência física. Os três primeiros itens, tanto

relacionados à preocupação excessiva quanto aos comportamentos compulsivos, baseiam-se nos critérios diagnósticos do TDC. O item 11 avalia o grau de *insight* e o item 12 comportamentos de esquiva. O escore final corresponde à soma das respostas para todas as questões. A pontuação máxima corresponde a 48 pontos. Para um ponto de corte 19 associa-se uma sensibilidade de 86,5% e especificidade de 73,1% (DE BRITO *et al.*, 2015a).

4.6 CURVA CARACTERÍSTICA DE OPERAÇÃO DO RECEPTOR (ROC)

Um ponto de corte para a gravidade dos sintomas para TDC (BDSS) e para identificação da sensibilidade e especificidade correspondente foi estimado através da curva ROC. Essa medida varia de zero a um e, quanto mais próxima de um, melhor será a discriminação. A curva ROC foi construída com base na avaliação clínica para TDC (DSM-5), tendo como variável teste o BDSS. Para a avaliação dessa concordância foi calculado o coeficiente *Kappa*.

4.7 DESCRIÇÃO DA CASUÍSTICA

Foram analisadas as informações de 80 pacientes, que apresentaram média de idade de 33,4 anos (DP=11,8 anos), sendo observada uma idade mínima de 14 anos e máxima de 65 anos. A mediana das idades foi de 31,5 anos.

De acordo com a TABELA 1, observou-se que 80% dos pacientes eram do gênero feminino, 75% da raça caucasiana, 58,8% eram solteiros, 52,5% possuíam ensino médio, 21,1% pertenciam à categoria de profissão de semiespecializado, auxiliar de enfermagem, pedreiro, garçom, motorista,

vigilante, ou operador de maquinário, 78,8% tiveram início dos sintomas de insatisfação corporal na infância, ou adolescência, e 11,3% gastavam mais do que três horas diárias detendo-se em preocupações com aparência física.

TABELA 1. Distribuição dos pacientes por características demográficas e clínicas (n=80)

Variável	N	%
Gênero	80	100,0
Feminino	64	80,0
Masculino	16	20,0
Raça	80	100,0
Branca	60	75,0
Parda	13	16,3
Negra	7	8,8
Estado Civil	80	100,0
Solteiro	47	58,8
Casado	28	35,0
Separado ou divorciado	4	5,0
Viúvo	1	1,3
Escolaridade	80	100,0
Fundamental	15	18,8
Médio	42	52,5
Superior incompleto	5	6,3
Superior	18	22,5
Profissão	80	100,0
Altos executivos, profissionais liberais	10	12,5
Gerentes ou proprietários de empresa média, profissionais médios	4	5,0
Cargos administrativos (sem curso superior), gerente ou proprietário de pequena empresa	7	8,8
Nível técnico, ofício religioso, vendas, bancário, secretária, etc.	9	11,3
Curso profissionalizante	14	17,5
Semi-especializado, auxiliar de enfermagem, pedreiro, garçom, motorista, vigilante, operador de maquinário	17	21,3
Não especializado	12	15,0
Estudante	7	8,8
Início	80	100,0
Infância/Adolescência	63	78,8
Adulto jovem	11	13,8
Após 40 anos	6	7,5
Tempo gasto	80	100,0
Até 1 hora por dia	36	45,0
De 1 a 3 horas por dia	35	43,8
Mais do que 3 horas por dia	9	11,3

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente as características demográficas e clínicas dos pacientes foram analisadas descritivamente. Para as variáveis numéricas foram apresentadas medidas-resumo (média, quartis, mínimo, máximo e desvio padrão). Para variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas e relativas.

Os testes utilizados nas fases de reprodutibilidade e validade de construto foram assinalados respectivamente nos itens 4.5.1.2 e 4.5.3.

Em todos os testes foi aplicado o índice de significância de 5% para tomada de decisão. Valores de $p < 0,05$ apresentam correlação significativa e valores de $p > 0,05$ não apresentam correlação significativa.

Os *softwares* utilizados foram o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) e Stata 12 (StatCorp, College Station, Texas, USA), sendo a tabulação dos dados realizada no *Microsoft Office Excel – 2010* (Microsoft™).

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DA *BODY DYSMORPHIC SYMPTOMS SCALE* (BDSS)

Dois tradutores independentes, residentes no Brasil, receberam a versão original, em Inglês. Nesta etapa, duas traduções foram obtidas.

5.2 AVALIAÇÃO PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

As traduções foram avaliadas pelos participantes da equipe multidisciplinar, que receberam uma versão original da BDSS (ANEXO 1), e uma versão de cada tradutor. Todos da equipe possuíam domínio da língua inglesa, conhecimento em distúrbios da imagem corporal e seleção de pacientes em procedimentos de cirurgia plástica. Essa equipe realizou a análise das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens da versão traduzida. Chegou-se a uma versão consenso.

5.3 A RETROTRADUÇÃO DA BDSS

A versão consenso em Português da BDSS foi encaminhada para dois outros tradutores, que desconheciam os objetivos do estudo e a escala original.

Obteve-se, então, a retrotradução elaborada pelos outros dois tradutores.

A equipe multidisciplinar reuniu-se para discutir as diferenças e discrepâncias originadas no processo de tradução. Para tal, foi utilizada a

versão original em Inglês, a versão consenso em Português e as duas versões do Português para o Inglês. Desta reunião resultou, por consenso, uma nova versão da escala na língua portuguesa do Brasil, que foi avaliada na fase da adaptação cultural (APÊNDICE 5).

5.4 ADAPTAÇÃO CULTURAL (N=30)

Nesta fase, a versão consenso (APÊNDICE 5) foi aplicada, inicialmente, em dez pacientes (pré-teste) selecionados no Ambulatório de Cirurgia Nasal da Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), tendo sido observada grande facilidade de compreensão das questões pelos pacientes. Posteriormente, mais 20 pacientes foram selecionados e avaliados.

A BDSS mostrou validade de face e de conteúdo. Todos os pacientes (n=30) referiram que as questões avaliavam preocupações e insatisfação com a aparência física (validade de conteúdo), tendo respondido com grande facilidade (validade de face), gerando a versão final em Português do Brasil (APÊNDICE 5).

O tempo médio consumido para responder à escala foi de cerca de cinco minutos. Os pacientes que fizeram parte da etapa do pré-teste, ou adaptação cultural (n=30), não participaram das outras etapas (reprodutibilidade e validade de construto).

5.5 REPRODUTIBILIDADE

Durante a fase de reprodutibilidade 20 pacientes foram avaliados.

A primeira entrevista foi feita pelo E1. A segunda entrevista foi realizada pelo E2. Os mesmos 20 indivíduos foram avaliados no mesmo dia, aproximadamente, três horas após a primeira entrevista. A terceira entrevista foi feita novamente pelo E1, após duas semanas, sem que nenhum dos pacientes passasse por procedimento cirúrgico.

De acordo com a TABELA 2, observaram-se excelentes reprodutibilidades inter e intraobservador.

TABELA 2. Correlação Intraclasse (n=20)

	Correlação intraclasse	Intervalo de Confiança de 95%	P
Intraobservador	0,939	[0,855 ; 0,975]	<0,001
Interobservador	0,873	[0,712 ; 0,947]	<0,001

Corroboram com estes resultados os gráficos abaixo (FIGURAS 1 a 4).

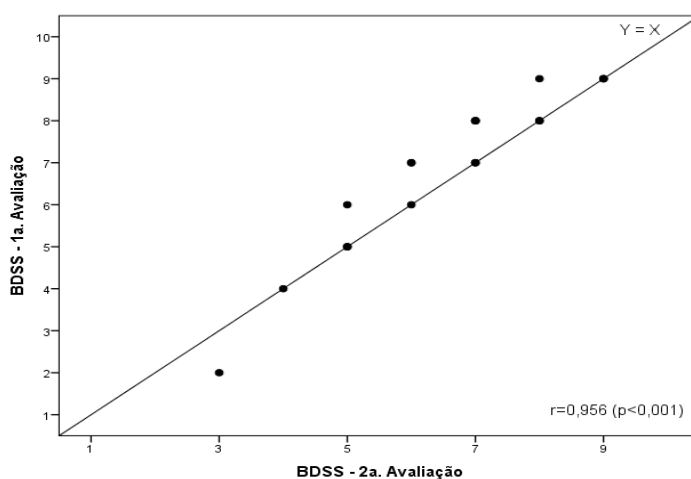


FIGURA 1. Gráfico de dispersão entre BDSS avaliados por um pesquisador em dois momentos (n=20)

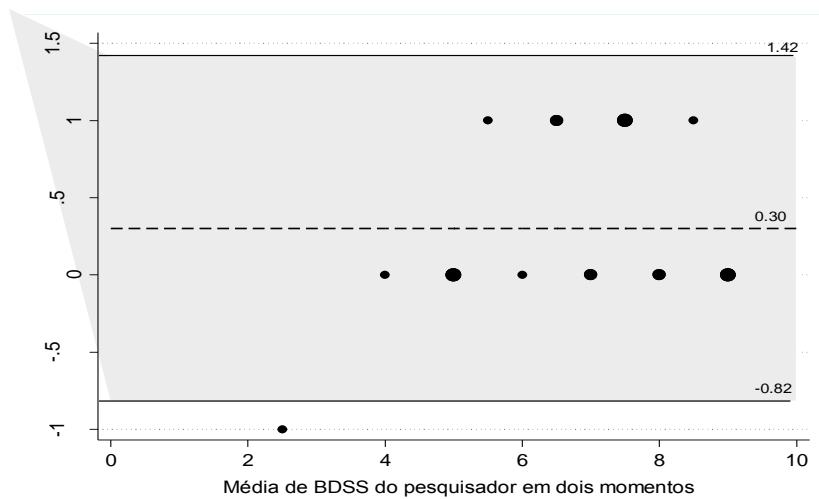


FIGURA 2. Gráfico de Bland & Altman para avaliação da concordância de BDSS intraobservador (n=20)

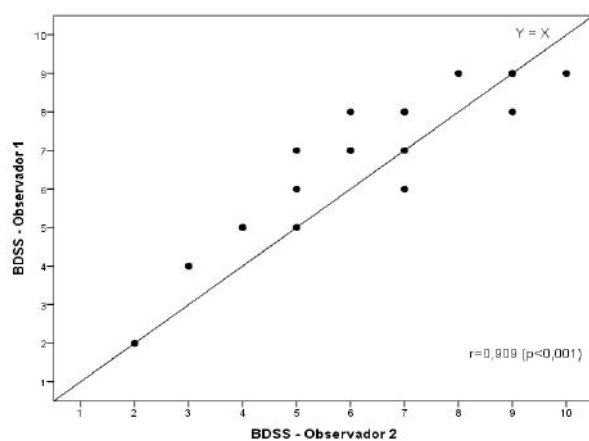


FIGURA 3. Gráfico de dispersão entre BDSS avaliados por dois pesquisadores (n=20)

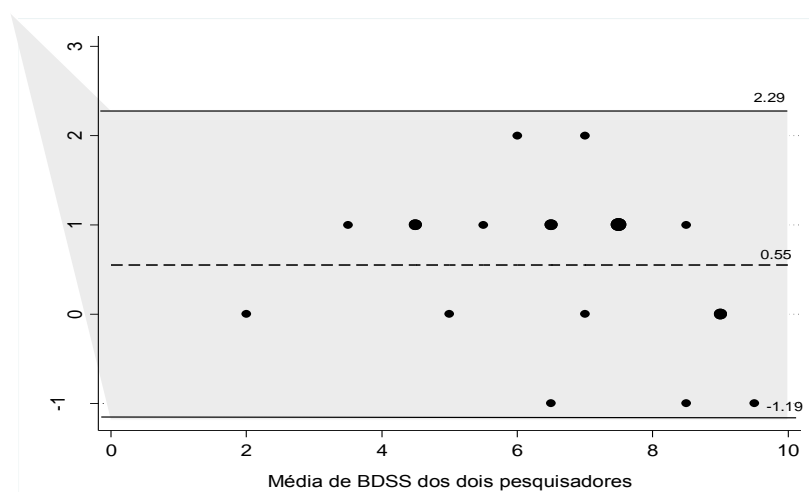


FIGURA 4. Gráfico de Bland & Altman para avaliação da concordância de BDSS interobservador (n=20)

As correlações de Pearson entre o mesmo pesquisador nos dois momentos distintos foi de 0,956 ($p < 0,001$) e entre diferentes pesquisadores foi de 0,909 ($p < 0,001$), apontando uma forte correlação que pode ser visualizada nos gráficos de dispersão (FIGURAS 1 e 3).

BLAND & ALTMAN (1986) propuseram a visualização das diferenças entre as mensurações (inter ou intraobservador) e das médias das duas avaliações (inter ou intraobservador) num gráfico de dispersão. Os gráficos das FIGURAS 2 e 4 permitem avaliar a magnitude da discordância – por meio da diferença em função do nível do escore (representada pela média), com intervalo de confiança de 95% para a diferença.

Avaliando-se o gráfico da FIGURA 2, identificou-se um caso de valor destoante. Para a análise interobservador (FIGURA 3) não foram verificados casos destoantes.

5.6 ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DOS ITENS

A análise da confiabilidade foi realizada com os questionários dos 80 pacientes.

A confiabilidade do questionário BDSS foi demonstrada por meio do alfa de Cronbach (α). De acordo com a TABELA 3, observou-se boa consistência interna ($\alpha = 0,805$). Além disso, os valores de α , caso o item fosse eliminado, indicaram que todos os itens contribuíam favoravelmente para a consistência interna da escala. Adicionalmente, exceto pelos itens 2, 9 e 10, verificou-se que correlações item-total apresentaram valores acima de 0,4, indicando correlações aceitáveis entre cada item e o escore formado com todos os demais itens da escala (TABELA 3).

TABELA 3. Correlação item-total corrigida, alfa de Cronbach global e se o item for excluído (n=80)

Itens	Correlação Item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Alfa de Cronbach = 0,805		
1. Você está realmente convicto de que alguma parte do seu corpo não é esteticamente satisfatória?	0,631	0,770
2. Você se observa detalhada e demoradamente, analisando cuidadosamente a parte do seu corpo que não lhe agrada?	0,354	0,803
3. Você evita radicalmente se ver no espelho e observar esta parte que lhe desagrada?	0,408	0,798
4. Você acredita que as pessoas lhe observam, especialmente a parte do seu corpo que não lhe agrada?	0,591	0,775
5. Você tenta esconder a parte do seu corpo que lhe incomoda, usando maquiagem, roupas ou outros recursos?	0,592	0,774
6. Você acredita que uma cirurgia plástica poderá mudar radicalmente a sua vida, corrigindo o defeito que lhe incomoda?	0,450	0,792
7. Você tem negligenciado ou se sentido desanimado para realizar suas atividades rotineiras, por causa do defeito que lhe incomoda?	0,523	0,783
8. Você já fez outros tratamentos ou cirurgias para corrigir este defeito, sem obter resultado satisfatório?	0,587	0,775
9. Este defeito lhe causa raiva, impaciência, agressividade, principalmente no relacionamento com parentes, amigos ou colegas de trabalho?	0,283	0,806
10. Há momentos em que você se sente tão aborrecido com este defeito, que você não vê sentido em sua vida e pensa inclusive em morrer?	0,370	0,799

Considerando-se as respostas dos pacientes à BDSS (TABELA 4), nota-se que 70% dos pacientes responderam positivamente aos itens 2 - “Você se observa detalhada e demoradamente, analisando cuidadosamente a parte do seu corpo que não lhe agrada?” e 4 “Você acredita que as pessoas lhe observam, especialmente a parte do seu corpo que não lhe agrada”. Apenas 7,5% dos pacientes afirmaram perceber um defeito que lhes causava raiva, impaciência, agressividade, principalmente no relacionamento com parentes, amigos ou colegas de trabalho (item 7).

Setenta por cento dos pacientes (n=56) apresentaram comportamentos de checagem do espelho e 67,5% (n=54) revelaram comportamentos de

camuflagem, utilizando as mãos, cabelo, maquiagem, ou busca de procedimentos em cirurgia plástica para disfarçar o defeito percebido (n=65; 81,3%), sendo que, 37,5% dos pacientes (n=30) relataram estar insatisfeitos com o resultado de cirurgias plásticas já realizadas anteriormente. Setenta por cento dos pacientes (n=56) apresentou percepções de autorreferência, em razão da hipervalorização do defeito percebido e pobre *insight* em relação às suas crenças (n=54; 67,5%). O comprometimento psicossocial identificou-se em 31,3% dos pacientes (n=25) que evitavam relações afetivas e sociais e em 41,3% que evitava o espelho (n=33), mostrando aversão à própria imagem. Seis pacientes (7,5%) relataram agressividade e 12 pacientes (15%) ideação suicida em razão da insatisfação com a aparência, segundo a BDSS (TABELA 4).

TABELA 4. Frequência de respostas positivas nos 10 itens de BDSS (n=80)

Itens	N	%
1. Você está realmente convicto de que alguma parte do seu corpo não é esteticamente satisfatória?	54	67,5
2. Você se observa detalhada e demoradamente, analisando cuidadosamente a parte do seu corpo que não lhe agrada?	56	70,0
3. Você evita radicalmente se ver no espelho e observar esta parte que lhe desagrada?	33	41,3
4. Você acredita que as pessoas lhe observam, especialmente a parte do seu corpo que não lhe agrada?	56	70,0
5. Você tenta esconder a parte do seu corpo que lhe incomoda, usando maquiagem, roupas ou outros recursos?	54	67,5
6. Você acredita que uma cirurgia plástica poderá mudar radicalmente a sua vida, corrigindo o defeito que lhe incomoda?	65	81,3
7. Você tem negligenciado ou se sentido desanimado para realizar suas atividades rotineiras, por causa do defeito que lhe incomoda?	25	31,3
8. Você já fez outros tratamentos ou cirurgias para corrigir este defeito, sem obter resultado satisfatório?	30	37,5
9. Este defeito lhe causa raiva, impaciência, agressividade, principalmente no relacionamento com parentes, amigos ou colegas de trabalho?	6	7,5
10. Há momentos em que você se sente tão aborrecido com este defeito, que você não vê sentido em sua vida e pensa inclusive em morrer?	12	15,0

5.7 VALIDADE DE CONSTRUTO

Durante esta fase, 50 pacientes foram entrevistados, sendo 20 pacientes da fase da reprodutibilidade e mais 30 outros pacientes que não participaram das fases anteriores.

Identificou-se forte correlação entre BDD-YBOCS e BDSS ($r=0,841$; $p<0,001$), sendo que, quanto maior o valor de BDD-YBOCS, maior o valor de BDSS (FIGURA 5).

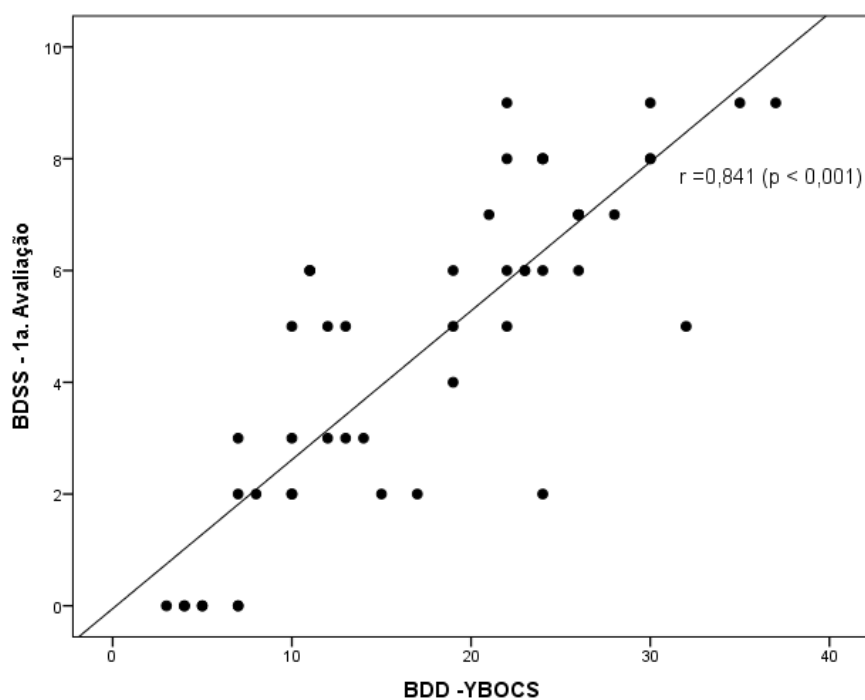


FIGURA 5. Correlação entre as duas escalas BDSS e BDD-YBOCS (n=50).

Verificaram-se diferenças nos escores da BDSS entre pacientes que apresentaram sintomas para transtorno dismórfico corporal (TDC) e os que não apresentaram ($p<0,001$). Pacientes sem sintomas para TDC pontuaram escores mais baixos na BDSS quando comparados com os pacientes com sintomas (FIGURA 6).

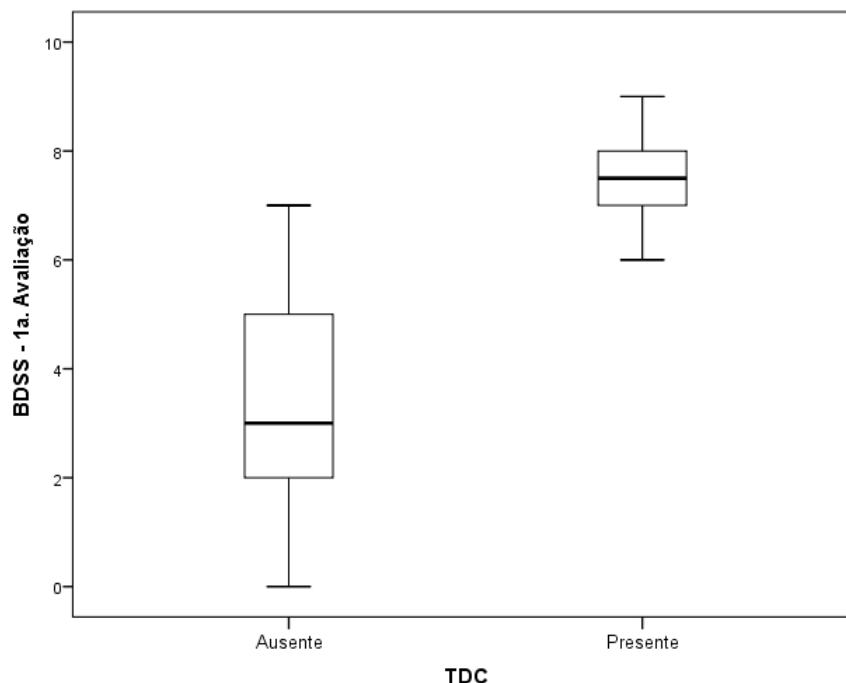


FIGURA 6. Distribuição dos pacientes com e sem sintomas para TDC, segundo a BDSS (n=50).

Um ponto de corte de ≥ 6 para a BDSS foi determinado, segundo a curva ROC (FIGURA 7); que foi associado a uma sensibilidade 100% e especificidade de 86%. A área sob a curva ROC foi de 0,981, sugerindo boa acurácia para discriminar a presença de sintomas para TDC. Com este ponto de corte observou-se forte concordância, entre BDSS e TDC, com valor de *Kappa* de 0,822 ($p < 0,001$).

O valor de *Kappa* entre BDD-YBOCS (com ponto de corte ≥ 19) e BDSS (com ponto de corte ≥ 6) foi de 0,721, mostrando forte concordância para os pontos de corte estabelecidos na identificação da gravidade de sintomas para TDC.

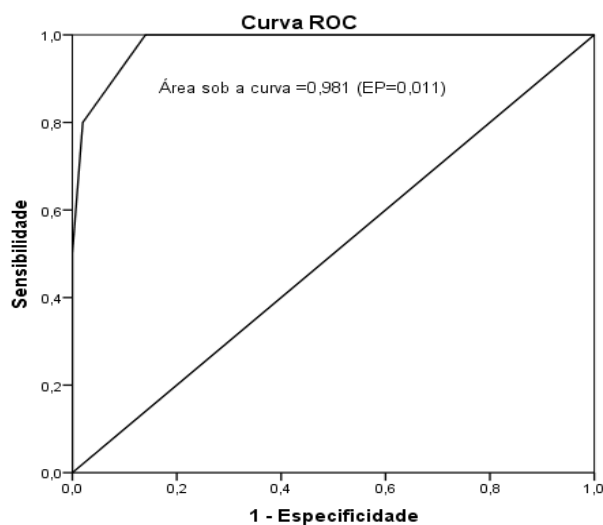


FIGURA 7. Curva ROC para a Escala de Sintomas da Dismorfia Corporal-UNIFESP/EPM (BDSS-UNIFESP/EPM)

5.8 SINTOMAS PARA TDC

Trinta e sete pacientes (46%; n=80) apresentaram sintomas para TDC, segundo a BDSS, e 27 pacientes (54%; n=50) revelaram sintomas obsessivo-compulsivos moderados a graves com a aparência, de acordo com a BDD-YBOCS.

A média dos escores da BDSS, em pacientes que apresentaram sintomas do TDC, foi de $7,5 \pm 1$, sendo que, o valor mínimo foi seis e o máximo nove (TABELA 5).

TABELA 5. Medidas-resumo da BDSS por *status* de TDC (n=50)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1° Quartil	Mediana	3° Quartil	N
TDC	4,9	2,6	0,0	9,0	3,0	5,0	7,0	80
Ausente	3,3	2,0	0,0	7,0	2,0	3,0	5,0	50
Presente	7,5	1,0	6,0	9,0	7,0	7,5	8,0	30

$t(77)=12,3$ ($p<0,001$)

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

O Brasil superou os Estados Unidos da América (EUA) como líder mundial em número de cirurgias plásticas, de acordo com a *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS) e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). Em 2013, o país realizou 1.491.721 operações, quase 13% do total mundial, e dobrou o número de cirurgias estéticas realizadas nos últimos quatro anos, com 97,2% de crescimento (ISAPS, SBCP), sendo líder em rinoplastias (SBCP).

No mundo, apenas em 2014, foram realizadas cerca de 849.000 rinoplastias, e mais de 145.000 foram realizadas nos EUA em 2015, principalmente entre as mulheres, com prevalência na raça caucasiana (ISAPS). Considerando-se a faixa etária, observou-se que a rinoplastia foi frequentemente mais procurada por pessoas jovens entre os 13 e os 34 anos (ISAPS, SBCP, ANDRETTO AMODEO, 2007; JAVO & SORLIE, 2010; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2015a; DE BRITO *et al.*, 2016a).

Atualmente, os mais jovens, entre 13 e 19 anos, representam 5% de todos os procedimentos estético cirúrgicos realizados no mundo (LARSON & GOSAIN, 2012; SUCUPIRA *et al.*, 2016). Segundo McGrath & Mukerji (2000) e Chauhan, Warner, Adamson (2010), após rinoplastias, adolescentes apresentam melhora significativa, em termos de satisfação e qualidade de suas relações interpessoais, quando comparados com indivíduos mais velhos. Isso acontece porque, em adolescentes, ocorre uma rápida organização da imagem corporal com mudança no comportamento e interação interpessoal (McGrath & Mukerji, 2000; SUCUPIRA *et al.*, 2016). Alguns autores concordam com a função terapêutica de um procedimento de cirurgia plástica (Thomson Jr, Knorr, Edgerton, 1978;

WENGLER, 1986; FLAGEUL, GODEFROY, LACOEUILHE, 2003; TASMAN, 2010; DE BRITO *et al.*, 2010; DE BRITO *et al.*, 2012; FELIX *et al.*, 2014), mas assinalam a importância de triagens criteriosas em pacientes com diagnóstico para transtorno dismórfico corporal (TDC) (KNORR, EDGERTON, HOOPES, 1967; HAY, 1970; ANDREASEN & BARDACH, 1977; PHILLIPS & DUFRESNE, 2000; FLAGEUL, GODEFROY, LACOEUILHE, 2003; VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; SARWER *et al.*, 2004; GLASER & KAMINER, 2005; BELLINO *et al.*, 2006; HEPBURN & CUNNINGHAM, 2006; ANDRETTO AMODEO, 2007; ENDE, LEWIS, KABAKER, 2008; MALICK, HOWARD, KOO, 2008; PECORARI *et al.*, 2010; LAI *et al.*, 2010; DE BRITO *et al.*, 2013; CONSTANTIAN & LIN, 2014b; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 201a; DE BRITO *et al.*, 2015b; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b).

Neste estudo, a maioria dos pacientes era do gênero feminino (80%), resultados que também vão ao encontro de outros estudos (ALAVI *et al.*, 2011; DE BRITO *et al.*, 2013; MR *et al.*, 2013; FELIX *et al.*, 2014; CONSTANTIAN & LIN, 2014b; DE BRITO *et al.*, 2015a; DE BRITO *et al.*, 2016a) e 75% eram da raça caucasiana, como relatado pela ISAPS e SBCP e por PERUGI *et al.* (1997) e DE BRITO *et al.* (2016a).

Considerando-se a faixa etária, embora a média de idade dos pacientes tenha sido de 33,4 anos (DP=11,8), que é semelhante à encontrada em outros estudos com pacientes que apresentaram sintomas para TDC e buscaram procedimentos em cirurgia plástica (ISHIGOOKA *et al.*, 1998; VINDIGNI *et al.*, 2002; VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; DIDIE, KUNIEGA-PIETRZAK, PHILLIPS, 2010, DE BRITO *et al.*, 2013; DE BRITO *et al.*, 2015a; DE BRITO *et al.*, 2015b; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b), a idade mínima foi de 14 anos e variou até 65 anos. Se por um lado, a média de idade dos pacientes revela que, o tratamento estético não foi

necessariamente procurado desde cedo, conforme relato dos pacientes e também referido por outros autores (PHILLIPS *et al.*, 1997; PERUGI *et al.*, 1997; ISHIGOOKA *et al.*, 1998; AOUIZERATE *et al.*, 2003; VEALE, 2004; CRERAND *et al.*, 2005; JAVO & SORLIE, 2010; PICALET *et al.*, 2011; DE BRITO *et al.*, 2013; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2015a; DE BRITO *et al.*, 2015b; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b) e, portanto, não revela o início da insatisfação com a aparência (PAVAN *et al.*, 2008; DE BRITO *et al.*, 2015b; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b), a idade mínima de 14 anos assinalou o momento do aparecimento da insatisfação com o nariz na maioria dos pacientes. De fato, LARSON & GOSAIN, em 2012, assinalaram o aumento de jovens abaixo dos 18 anos que procuravam por rinoplastias. PICALET *et al.* (2011), em seu estudo, incluíram pacientes a partir dos 16 anos. Neste estudo, 78,8% também relataram o início dos sintomas de insatisfação corporal na infância ou adolescência, resultado que está de acordo com a literatura (OSMAN *et al.*, 2004; GLASER & KAMINER, 2005; ANDRETTO AMODEO, 2007; BUHLMANN *et al.*, 2007; BUHLMANN *et al.*, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2008; KORAN *et al.*, 2008; FIORI & GIANNETTI, 2009; VEALE & NEZIROGLU, 2010; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2015a; DE BRITO *et al.*, 2016a) e, por essa razão, considerou-se a idade mínima de 14 anos como um dos critérios de inclusão para o estudo. Por outro lado, a idade máxima de 65 anos, pode revelar tanto a aceitação social da cirurgia plástica, quanto a preocupação e investimento com a aparência física em idade mais tardia (VEALE & NEZIROGLU, 2010; PHILLIPS *et al.*, 2010; TASMAN, 2010; DE BRITO *et al.*, 2016a).

O grande número de pacientes (78,8%) que identificou o início da insatisfação corporal na infância e adolescência e, por outro lado, a porcentagem de pacientes (56%) que referiu gastar mais do que três horas

diárias com preocupações e comportamentos com a aparência física, pode revelar grande sofrimento subjetivo com a imagem corporal, como já relatado em outros estudos (SARWER *et al.*, 1998; MORSELLI & JEROME, 2001; PHILLIPS & DUFRESNE, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2001; PHILLIPS *et al.*, 2005; DE BRITO *et al.*, 2013; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2016a) Além disso, o fato de 62% dos pacientes serem solteiros, 54% terem frequentado apenas o ensino médio e 48% pertencer à categoria de profissão semiespecializada, pode sugerir um comprometimento psicossocial provocado pelo investimento excessivo com a aparência e avaliação negativa da imagem corporal ao longo do tempo (PHILLIPS *et al.*, 2005; DE BRITO *et al.*, 2013).

A rinoplastia é um dos procedimentos mais procurados em cirurgia plástica por razões étnicas, por adolescentes e por indivíduos com o TDC (PHILLIPS *et al.*, 2001; KISELY *et al.*, 2002; CRERAND *et al.*, 2005; ANDRETTO AMODEO, 2007; ENDE, LEWIS, KABAKER, 2008; AMBRO & WRIGHT, 2008; JAVO & SORLIE, 2010; TASMAN, 2010; ALAVI *et al.*, 2011; JAVANBAKTH *et al.*, 2012; MR *et al.*, 2013; FELIX *et al.*, 2014; CONSTANTIAN & LIN, 2014; DE BRITO *et al.*, 201a; DE BRITO *et al.*, 2016a), mostrando o aspecto social da intervenção cirúrgica. É também uma das maiores ocorrências de litígios entre procedimentos cirúrgicos (ANDRETTO AMODEO, 2007; SARWER & CRERAND, 2008; DA SILVA *et al.*, 2010; JAVO & SORLIE, 2010; ALAVI *et al.*, 2011; PICALET *et al.*, 2011; JAVANBAKTH *et al.*, 2012; PICALET *et al.*, 2013; VILA-NOVA DA SILVA *et al.*, 2015).

De fato, a presença do TDC é um forte preditor para a busca da rinoplastia, sendo o nariz uma das regiões de insatisfação do corpo nessa população (PHILLIPS & DUFRESNE, 2000; CRERAND *et al.*, 2005; ENDE, LEWIS, KABAKER, 2008; JAVO & SORLIE, 2010; ALAVI *et al.*, 2011; DE BRITO *et al.*, 2013; CONSTANTIAN & LIN, 2014a; DE BRITO *et al.*, 2015a; DE

BRITO *et al.*, 2016a). Entretanto, qualquer outra parte do corpo pode ser alvo de preocupação e insatisfação em indivíduos portadores (DE BRITO *et al.*, 2013; DE BRITO *et al.*, 2016a; DE BRITO *et al.*, 2016b).

Embora a prevalência de distúrbios emocionais e transtornos psiquiátricos, em pacientes que buscam a rinoplastia, seja inconsistente na literatura (SARWER *et al.*, 2004) e ainda que, o pedido de rinoplastia não deva ser considerado de imediato um sintoma de uma perturbação psicológica (THOMSON JR, KNORR, EDGERTON, 1978; PERTSCHUK *et al.*, 1998; TASMAN, 2010), a triagem de aspectos psicológicos na fase de seleção é determinante para o sucesso, ou falha do procedimento estético cirúrgico (VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; SARWER *et al.*, 2004; ALAVI *et al.*, 2011; DE BRITO *et al.*, 2013; CONSTANTIAN & LIN, 2014b). Ou seja, a saúde mental dos pacientes interfere na percepção dos resultados cirúrgicos (KISELY *et al.*, 2002; PICAUVET *et al.*, 2013; DE BRITO *et al.*, 2013; DE BRITO *et al.*, 2014; DA SILVA *et al.*, 2010; VILA-NOVA DA SILVA *et al.*, 2015).

Apesar dos indicadores de bem estar psicossocial após as rinoplastias, a prevalência do TDC em pacientes que procuram esta especialidade cirúrgica varia entre 12,2 a 33% (VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; BELLINO *et al.*, 2006; BARAHMAND, MOZDSETAN, NARIMANI, 2010; ALAVI *et al.*, 2011; GHADAKZADEH *et al.*, 2011; PICAUVET *et al.*, 2011; MR *et al.*, 2013) e 52% (DE BRITO *et al.*, 2016a).

Desta forma, escolheu-se essa área da Cirurgia Plástica para validar o instrumento de triagem de sintomas para TDC – *Body Dysmorphic Symptoms Scale* (BDSS).

A BDSS é um instrumento específico que mensura características psicopatológicas dos sintomas negativos da imagem corporal (PERUGI *et al.*, 1997). É uma escala breve, objetiva e fácil de responder, que captura

informações específicas dos sintomas para TDC em pacientes que buscam procedimentos estéticos e cirúrgicos (PERUGI *et al.*, 1997; MÜHLBAUER, HOLM, WOOD, 2001; D'ASSUMPTÃO, 2007; NACHSHONI & KOTLER, 2007; KAYMAK, TANER, ŞİMŞEK, 2009; BENDER, RUSTIGE, LINDEMANN, 2014; CHAMPLAIN & LAUMANN, 2015).

No presente estudo, a prevalência de sintomas para TDC foi de 48%, segundo a BDSS, sendo que, 54% dos pacientes apresentaram sintomas obsessivo-compulsivos moderados a graves com a aparência, de acordo com a BDD-YBOCS. PICALET *et al.* (2011) igualmente identificaram sintomas obsessivo-compulsivos moderados a graves, com a aparência, em 33% dos pacientes que procuraram a rinoplastia, utilizando também a BDD-YBOCS.

A alta prevalência de sintomas para TDC identificada neste estudo é semelhante à encontrada em estudos mais recentes realizados em Cirurgia Plástica (DE BRITO *et al.*, 2013; FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2015a; DE BRITO *et al.*, 2016a).

PICALET & HELLINGS (2014) referiram que, a discrepância entre a baixa prevalência de pacientes que preencheram critério para diagnóstico de TDC (2%) e a alta porcentagem de pacientes com sintomas para TDC (33%), que buscaram a rinoplastia, pode revelar a dificuldade de aplicar os critérios diagnósticos para TDC em ambientes de Cirurgia Plástica. SARWER *et al.* (1998) igualmente assinalaram que o DSM não capturava o sofrimento de pacientes na Cirurgia Plástica. Nessa linha de pensamento, DE BRITO *et al.* (2013) desenvolveram um modelo baseado em lógica *fuzzy*, que quantifica o nível de sofrimento de pacientes com TDC em procedimentos estéticos e cirúrgicos.

A sobrevalorização do defeito percebido e percepções de autorreferência foram identificadas em 70% dos pacientes (questões 2 e 4 – BDSS), revelando o nível de preocupação com a aparência. Apenas 7,5% manifestou comportamentos agressivos (questão 9 – BDSS), dados que são semelhantes aos referidos por FELIX *et al.* em 2014. Entretanto, 15% dos pacientes referiu ideação suicida (questão 10 – BDSS), mostrando extremo sofrimento com a aparência física. ZIGLINAS, MENGER, GEORGALAS (2014) assinalaram taxa alta de transtornos psiquiátricos, como o TDC, e o risco para suicídio em pacientes que buscavam a rinoplastia. Por isso, aconselhavam a triagem de candidatos à rinoplastia. DE BRITO *et al.* (2016a) encontraram associação entre a gravidade dos sintomas para TDC e ideação suicida em pacientes que buscaram a abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastia. Não obstante, os pacientes que buscaram a rinoplastia apresentaram menor número de casos graves quando comparados com os outros dois grupos cirúrgicos. Já PHILLIPS *et al.* (2005), ao utilizar a BDD-YBOCS, identificaram taxas altas de ideação suicida (78%) relacionadas ao comprometimento psicossocial de pacientes com TDC e ALTAMURA *et al.* (2001) relataram que, 49,7% dos pacientes no grupo com TDC revelou ideação suicida.

Desta forma, a padronização de instrumentos de avaliação psicológica, para a triagem de pacientes que buscam procedimentos estéticos e cirúrgicos, torna-se essencial.

O objetivo deste estudo foi o de traduzir a BDSS para a língua portuguesa, falada no Brasil, adaptá-la culturalmente e validá-la. A construção de um novo instrumento seria onerosa, demorada e sem uniformidade dos dados obtidos para comparação com questionários internacionais (GUILHEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2000; DA MOTA FALCÃO, CICONELLI, FERRAZ, 2003). Adaptações

semelhantes foram temas de estudos da EPM/UNIFESP (CICONELLI *et al.*, 1999; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004; JORGE *et al.*, 2008; PICCOLO *et al.*, 2013; PICCOLO *et al.*, 2015; DE BRITO *et al.*, 2015a; SUCUPIRA *et al.*, 2016). Desta forma, para a utilização da BDSS no Brasil houve necessidade de traduzi-la, adaptá-la ao contexto cultural brasileiro e testar suas propriedades de medida. Com base em estudos de psicologia, sociologia e epidemiologia, GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993), em revisão sistemática da literatura, desenvolveram a metodologia adotada neste estudo. Os autores criaram uma normatização e um guia para adaptações de questionários de avaliação de saúde para idiomas e culturas diferentes. Atualmente, este é o método mais confiável para manter as propriedades de medida do instrumento original. Outros autores assinalaram e completaram a importância dessa metodologia (GANDEK & WARE, 1998; BEATON *et al.*, 2000; WILD *et al.*, 2005; ACQUADRO *et al.*, 2008).

A escolha de um instrumento para avaliação dos aspectos psicológicos depende de variáveis como credibilidade, compreensibilidade, acurácia e reprodutibilidade (FITZPATRICK *et al.*, 1999), bem como facilidade de aceitação entre os entrevistadores e entrevistados (GUILHEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; BRANDÃO, FERRAZ, ZERBINI, 1997; BEATON *et al.*, 2000; DEVON *et al.*, 2007; WILD *et al.*, 2005; ZAMANZADEH *et al.*, 2014).

A BDSS apresentou validade de face e de conteúdo avaliada pelos pacientes na fase do pré-teste, ou adaptação cultural, e pela equipe multidisciplinar. A equipe multidisciplinar do estudo foi composta por pessoas com conhecimento em distúrbios da imagem corporal e na seleção de pacientes em procedimentos de cirurgia plástica, com fluência da língua inglesa, bem como experiência no tema qualidade de vida e adaptação e validação de instrumentos de avaliação. A equipe foi constituída por três

psicólogas, um psiquiatra e dois cirurgiões plásticos; profissionais de áreas da saúde que apresentam interface entre saúde mental e aparência física.

A BDSS identifica sintomas para TDC, em indivíduos que procuram a cirurgia plástica e apresentam excessiva preocupação e angústia em relação à aparência física. Foi desenvolvida por PERUGI *et al.* (1997) e adaptada (modificada) por MÜHLBAUER, HOLM, WOOD em 2001, que a denominaram: *The Modified Pisa Body Dysmorphic Symptoms Scale*. A única alteração realizada pelos autores foi quanto à questão de número seis, que passou de “*Do you think that corrective surgical treatment is necessary?*” (PERUGI *et al.*, 1997) para “*Do you expect your life to change radically after surgery?*” (MÜHLBAUER, HOLM, WOOD, 2001), assinalando a importância da avaliação do grau de expectativas do paciente.

Entretanto, tanto PERUGI *et al.* (1997), que desenvolveram a escala, quanto MÜHLBAUER, HOLM, WOOD (2001) que levemente a alteraram (questão número 6), não realizaram testes psicométricos. D’ASSUMPÇÃO (2007) igualmente traduziu a escala modificada por MÜHLBAUER, HOLM, WOOD (2001), apenas como um guia de perguntas para cirurgiões plásticos, dando o nome de Escala de Pisa Modificada.

A BDSS foi apenas utilizada em uma pesquisa sobre sintomas para TDC em pacientes dermatológicos (KAYMAK, TANER, ŞİMŞEK., 2009) e em pacientes que se submeteram à cirurgia do desvio de septo (BENDER, RUSTIGE, LINDEMANN, 2014), bem como citada num capítulo de livro por CHAMPLAIN & LAUMANN (2015) e num artigo de NACHSHONI & KOTLER (2007) sobre aspectos médico-legais do TDC. Entretanto, tanto no artigo original (PERUGI *et al.*, 1997), quanto nos outros seis trabalhos citados (MÜHLBAUER, HOLM, WOOD 2001; D’ASSUMPÇÃO, 2007; NACHSHONI & KOTLER, 2007; KAYMAK, TANER, ŞİMŞEK, 2009; BENDER, RUSTIGE,

LINDEMANN, 2014; CHAMPLAIN & LAUMANN, 2015), não foram realizadas e avaliadas as propriedades psicométricas do instrumento.

Não obstante, a relevância da correta avaliação das qualidades psicométricas dos instrumentos está associada à qualidade metodológica (GUILHEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; GANDEK & WARE, 1998; BEATON *et al.*, 2000; DE VON *et al.*, 2007; ASSUNÇÃO *et al.*, 2013).

Desta forma, no presente estudo, foram realizados os testes psicométricos do instrumento pela primeira vez (a sua confiabilidade, através da consistência interna e da reprodutibilidade intra e interobservadores, e as validades de face, conteúdo e construto). Todavia, os resultados do presente estudo não podem ser comparados tanto com o instrumento original (PERUGI *et al.*, 1997) quanto com outros estudos (MÜHLBAUER, HOLM, WOOD, 2001; KAYMAK, TANER, ŞİMŞEK, 2009; BENDER, RUSTIGE, LINDEMANN, 2014).

Após autorização dos autores (PERUGI *et al.*, 1997) para tradução e adaptação cultural da escala para uso no Brasil, a equipe multidisciplinar decidiu, após as traduções e retrotraduções, manter o nome original da BDSS e aceitar a alteração da questão número seis, sugerida por MÜHLBAUER, HOLM, WOOD, 2001, considerando-se o contexto cultural no qual o instrumento está inserido (WILD *et al.*, 2005). Além disso, na fase do pré-teste, ou adaptação cultural, nenhum dos pacientes expressou dúvidas em relação às questões da BDSS.

Em todo o processo de adaptação cultural da BDSS foram entrevistados 30 indivíduos. BEATON *et al.* (2000), em artigo sobre adaptação cultural de instrumentos, recomendaram que entre 30 a 40 pessoas deveriam ser avaliadas nessa fase. JORGE *et al.* (2008) entrevistaram 30 pacientes para adaptar culturalmente, o *Body Dysmorphic*

Disorder Examination (BDDE) para a língua portuguesa do Brasil e DE BRITO *et al.* (2015a) igualmente avaliaram 30 pacientes na etapa da adaptação cultural da *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder* (BDD-YBOCS). Portanto, a adaptação cultural do presente estudo, realizada com 30 pacientes, enquadra-se na casuística (n) normalmente selecionada em estudos brasileiros que, avaliaram a gravidade de sintomas negativos da imagem corporal.

SAPNAS & ZELLER (2002), SAPNAS (2004) e KNAPP & SAWILOWSKY (2004) referiram que, a análise de poder para determinação do tamanho adequado da casuística não seria útil quando a hipótese principal se concentrava em propriedades psicométricas. Segundo os autores, exemplos reais e hipotéticos de pesquisa sugeriam que, pelo menos 50 e não mais que 100 sujeitos, eram suficientes para representar e avaliar as propriedades psicométricas de medidas de construtos sociais. Assim, a casuística deste estudo para avaliação das propriedades psicométricas baseou-se nestes autores, e em estudos idênticos da literatura (CICONELLI *et al.*, 1999; JORGE *et al.*, 2008; PICCOLO *et al.*, 2013; PICCOLO *et al.*, 2015; DE BRITO *et al.*, 2015a; SUCUPIRA *et al.*, 2016).

A reprodutibilidade da escala foi testada, considerando-se que é a habilidade que um instrumento possui de se manter estável, ou apresentar resultados semelhantes, desde que não haja alteração no quadro clínico e nem intervenção terapêutica. Tem por objetivo analisar as flutuações aleatórias das respostas de um indivíduo em várias ocasiões (GANDEK & WARE, 1998; DEVON *et al.*, 2007). Ou seja, a função é a de avaliar se medidas ou instrumentos são capazes de produzir os mesmos resultados semelhantes, em diferentes ocasiões, ou obtidos por diferentes observadores, permitindo analisar a quantidade de erro inerente ao instrumento (FURTADO *et al.*, 2009).

A reprodutibilidade do instrumento foi avaliada por meio de três entrevistas; a BDSS é autoaplicável e o entrevistador permaneceu no recinto para solucionar as dúvidas. Vinte pacientes foram entrevistados, iniciando-se a aplicação pela autora do estudo (E1). Após cerca de três horas, a segunda entrevista foi realizada por uma outra psicóloga (E2) e, após duas semanas, a E1 realizou a última entrevista. A reprodutibilidade intra e interobservador propuseram-se a avaliar o grau de concordância dos resultados obtidos pelo mesmo observador, ou por observadores diferentes. A reprodutibilidade teste-reteste do instrumento foi verificada quando o indivíduo era observado em duas ocasiões distintas.

A análise dos escores obtidos com as aplicações da escala evidenciou elevado índice de correlação entre as avaliações de observadores distintos e elevada correlação entre a avaliação do mesmo observador. LIANG & JETTE (1981) relataram que a reprodutibilidade entre o mesmo observador (intraobservador) em tempos diferentes era importante para questionários autoaplicáveis. Observou-se apenas um caso destoante (paciente sem sintomas) na avaliação intraobservador que não interferiu nos resultados como um todo.

A consistência interna entre os itens que compõem a BDSS, foi avaliada pelo alfa de *Cronbach* (α) (CRONBACH, 1951). O valor encontrado no presente estudo para a escala foi de 0,805, sendo considerado de confiabilidade boa (ALDERMAN & CHUNG, 2009).

No presente estudo, um grande número de pacientes reportaram escores altos nos itens 1, 2, 4, 5, e 6, revelando insatisfação da imagem corporal com comportamentos compulsivos (inspeção e checagem do corpo) e atos mentais (comparação com os outros) acompanhados de sofrimento subjetivo, os quais são fatores que interferem no funcionamento

global dos pacientes com TDC. O grau de sofrimento subjetivo e o comprometimento psicossocial, associados à aparência física, são variáveis importantes para ser avaliadas em pacientes de cirurgia plástica (SARWER *et al.*, 1998; DE BRITO *et al.*, 2013). De fato, 81,3% dos pacientes acreditava que a cirurgia plástica resolveria todos os seus problemas, frente ao sofrimento com a aparência física (item 6) e 67,5% estavam convencidos acerca da presença do defeito percebido (item 1). Contudo, essa crença, parecia estar mais relacionada à sobrevalorização do defeito percebido do que a uma percepção delirante, mas que, em 70% dos pacientes potencializou ideias de autorreferência (item 4) (MORSELLI & JEROME, 2001; DE BRITO *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2016a).

Os itens 2, 9 e 10 apresentaram valores abaixo de 0,4, revelando fraca correlação com os outros itens da escala. Esse resultado pode estar relacionado com a presença de sintomas para TDC (Critérios A e B/DSM-5) identificados nesta população (item 2/ BDSS), e por outro lado pode indicar que, os pacientes avaliados neste estudo, não apresentavam comportamentos auto e heteroagressivos (itens 9 e 10). De fato, 70% dos pacientes responderam positivamente ao item 2, sendo que, os itens 9 (7,5%) e 10 (15%) foram os menos pontuados pelos pacientes avaliados no presente estudo.

A validade de um instrumento é definida como a capacidade de mensurar o que se propõe a medir, podendo ser classificada em validade de face, de conteúdo e de construto.

A validade de construto é o processo pelo qual a validade da correlação de uma mensuração com outras variáveis é avaliada quanto à consistência teórica. Ao testar a validade de construto, as hipóteses são redigidas de acordo com a direção e poder das relações esperadas baseada

na teoria e na literatura; a validade é confirmada quando a associação confirma a hipótese (GANDEK & WARE, 1998). A hipótese do estudo era a de que, preocupações e níveis excessivos de investimento corporal associados a sofrimento clinicamente significativo, em pacientes que procuravam a cirurgia plástica, podiam revelar sintomas para TDC, presentes em diferentes níveis de gravidade.

A BDSS acessa sintomas para TDC em indivíduos que buscam a cirurgia plástica e foi comparada com um instrumento similar, conforme orientação na literatura (GANDEK & WARE, 1998).

A Versão Brasileira da YBOCS Modificada para Transtorno Dismórfico Corporal (BDD-YBOCS), instrumento selecionado para testar a validade de construto da BDSS foi desenvolvida a partir da escala *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) (GOODMAN, 1989a; GOODMAN, 1989b) por PHILLIPS *et al.* (1997) e validada culturalmente por DE BRITO *et al.* (2015a). A BDD-YBOCS avalia a insatisfação com a imagem corporal e identifica a gravidade de sintomas para TDC (PHILLIPS *et al.*, 1997; DE BRITO *et al.*, 2015a).

A Versão Brasileira da YBOCS Modificada para Transtorno Dismórfico Corporal (BDD-YBOCS) também foi validada numa população de Cirurgia Plástica (n=93). Entretanto, é um instrumento mais longo e complexo para ser aplicado por profissionais que não tenham tanto conhecimento com a saúde mental.

A BDD-YBOCS foi utilizada em vários estudos que avaliaram pacientes que buscaram procedimentos estéticos e cirúrgicos (ALTAMURA *et al.*, 2001; VEALE, DE HARO, LAMBROU, 2003; PHILLIPS *et al.*, 2005; CRERAND *et al.*, 2005; BELLINO *et al.*, 2006; HEPBURN & CUNNINGHAM, 2006; PICAUVET *et al.*, 2011), sendo um instrumento de medida de resultado

adequado em situações clínicas e em estudos de tratamento do TDC (PHILLIPS *et al.*, 1997). Por isso, pode ser usada para avaliar o impacto da cirurgia plástica em pacientes com sintomas para TDC (DE BRITO *et al.*, 2015a).

Neste estudo, a correlação observada entre as escalas BDSS e BDD-YBOCS ($r=0,841$, $p<0,001$) mostra a validação convergente e a interligação de variáveis relacionadas ao TDC na BDSS.

Por outro lado, a forte concordância observada entre a BDSS e o TDC, com ponto de corte ≥ 6 ($Kappa=0,822$), e entre BDD-YBOCS e BDSS, revela que ambos os instrumentos são específicos para identificar a doença e a gravidade dos sintomas em pacientes que buscam a cirurgia plástica.

Observou-se diferença significativa entre a média dos escores (BDSS) entre pacientes com e sem sintomas para TDC ($p<0,001$), revelando que a BDSS apresenta validade discriminante.

O ponto de corte ≥ 6 foi associado a uma sensibilidade de 100% e especificidade de 86%, mostrando que a BDSS é um instrumento específico para a identificação de sintomas do TDC, que pode auxiliar na triagem de pacientes no pré-operatório de procedimentos de cirurgia plástica. Assim, escores iguais ou maiores que seis na BDSS indicam sintomas para TDC.

Instrumentos de *screening* são muito importantes para a seleção de pacientes em procedimentos estéticos e cirúrgicos porque nem sempre há psiquiatras disponíveis para fazer o diagnóstico para TDC.

O TDC é uma condição grave, que gera intenso sofrimento a seus portadores (SARWER & CRERAND, 2008; DE BRITO *et al.*, 2013; DE BRITO *et al.*, 2016a) e que, apesar de reconhecida na literatura mundial há muito

tempo (HAY, 1970; PHILLIPS, 1991; MORSELLI & JEROME, 2001), ainda é subdiagnosticada tanto em Psiquiatria quanto em Cirurgia Plástica (FEUSNER et al., 2007).

6.1 PERSPECTIVAS

Utilizar a BDSS como protocolo de triagem de pacientes em procedimentos de cirurgia plástica.

Desenvolver estudos prospectivos de avaliação do TDC em pacientes que buscam a Cirurgia Plástica como possibilidade de tratamento.

CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

A Body Dysmorphic Symptoms Scale foi traduzida para a língua portuguesa, do Brasil, adaptada culturalmente, e mostrou-se reprodutível, apresentando validade de face, de conteúdo e de construto. Passou a ser chamada de Escala de Sintomas da Dismorfia Corporal – UNIFESP/EPM (BDSS-UNIFESP/EPM).

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N; European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Health*. 2008 May-Jun;11(3):509-21.

Alavi M, Kalafi Y, Dehbozorgi GR, Javadpour A. Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011 Jun;64(6):738-41.

Alderman AK, Chung KC. Discussion. A systematic review of patient-reported outcome measures after facial cosmetic surgery and/or nonsurgical facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg*. 2009 Jun;123(6):1828-9.

Altamura C, Paluello MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001 Jun;251(3):105-8.

Ambro BT, Wright RJ. Psychological considerations in revision rhinoplasty. *Facial Plast Surg*. 2008 Aug;24(3):288-92.

American Psychiatric Association. Obsessive-compulsive and related disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.

Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? *Am J Psychiatry*. 1977 Jun;134(6):673-6.

Andretto Amodeo C. The central role of the nose in the face and the psyche: review of the nose and the psyche. *Aesthetic Plast Surg.* 2007 Jul-Aug;31(4):406-10.

Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, et al. Bodydysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *EurPsychiatry.* 2003 Nov;18(7):365-8.

Assunção FF, Dantas RA, Ciol MA, Gonçalves N, Farina JA Jr, Rossi LA. Reability and validity of the body image quality of life inventory: version for Brazilian burn victims. *Res Nurs Health.* 2013 Jun;36(3):299-310.

Barahmand U, Mozdsetan N, Narimani M. Body dysmorphic traits and personality disorder patterns in rhinoplasty seekers. *Asian J Psychiatr.* 2010 Dec;3(4):194-9.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000 Dec;25(24):3186-91.

Bellino S, Zizza M, Paradiso E, Rivarossa A, Fulcheri M, Bogetto F. Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Res.* 2006 Sep 30;144(1):73-8.

Bender M, Rustige L, Lindemann J. [Prevalence of depression and body dysmorphic disorder in patients before functional rhinosurgery]. *Laryngorhinootologie.* 2014 Nov;93(11):764-7.

Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(2):221-32.

Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet.* 1986 Feb 8;1(8476):307-10.

Brandão L, Ferraz MB, Zerbini ACF. Avaliação da qualidade da qualidade de vida na artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 1997 Set-Out;37(5):275-81.

Buhlmann U, Cook LM, Fama JM, Wilhelm S. Perceived teasing experiences in body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2007 Dec;4(4):381-5.

Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, Rief W. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry Res.* 2010 Jun 30;178(1):171-5.

Buhlmann U, McNally RJ, Wilhelm S, Florin I. Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord.* 2002;16(3):289-98.

Buhlmann U, Reese HE, Renaud S, Wilhelm S. Clinical considerations for the treatment of body dysmorphic disorder with cognitive-behavioral therapy. *Body Image.* 2008 Mar;5(1):39-49.

Cash TF, Santos MT, Williams EF. Coping with body-image threats and challenges: validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. *J Psychosom Res.* 2005 Feb;58(2):190-9.

Champlain A, Laumann A. Body dysmorphic disorder: screening patients and associated algorithms. In: Beauty and body dysmorphic disorder. A clinician's guide. Vashi NA (Ed). Boston (USA): Springer; 2015.

Chauhan N, Warner J, Adamson PA. Adolescent rhinoplasty: challenges and psychosocial and clinical outcomes. *Aesthetic Plast Surg*. 2010 Aug; 34(4):510-6.

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 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999 Mai-Jun;39(3):143-50.

Constantian MB, Lin CP. Why some patients are unhappy: Part 1. Relationship of preoperative nasal deformity to number of operations and a history of abuse or neglect. *Plast Reconstr Surg*. 2014a Oct;134:823–835.

Constantian MB, Lin CP. Why some patients are unhappy: part 2. Relationship of nasal shape and trauma history to surgical success. *Plast Reconstr Surg*. 2014b Oct;134(4):836-51.

Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005 Nov-Dec;46(6):549-55.

Cronbach LJ. Coefficient alfa and the internal structure of tests.

Psychometrika. 1951 Fev;16(3):297-334. Disponível em:

<http://psych.colorado.edu/~carey/Courses/PSYC5112/Readings/alphaCronbach.pdf>.

D'Assumpção EA. Dismorfofobia ou complex de Quasímodo. *Rev. Soc. Bras Cir Plást.* 2007 Jul;22(3):183-7.

da Mota Falcão D, Ciconelli RM, Ferraz MB. Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology. *J Rheumatol* 2003 Feb;30(2):379-85.

da Silva DB, Nahas FX, Bussolaro RA, de Brito MJ, Ferreira LM. The increasing growth of plastic surgery lawsuits in Brazil. *Aesthetic Plast Surg.* 2010 Aug;34(4):541-2.

Daines SM, Mobley SR. Considerations in male aging face consultation: psychologic aspects. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2008 Aug;16(3):281-7.

de Brito MJ, de Almeida Arruda Felix G, Nahas FX, Tavares H, Cordás TA, Dini GM, Ferreira LM. Body dysmorphic disorder should not be considered an exclusion criterion for cosmetic surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2015b Feb;68(2):270-2.

de Brito MJ, Nahas FX, Barbosa MV, Dini GM, Kimura AK, Farah AB, Ferreira LM. Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem, and mental health. *Ann Plast Surg.* 2010 Jul;65(1):5-10.

de Brito MJ, Nahas FX, Bussolaro RA, Shinmyo LM, Barbosa MV, Ferreira LM. Effects of abdominoplasty on female sexuality: a pilot study. *J Sex Med.* 2012 Mar;9(3):918-26.

de Brito MJ, Nahas FX, Cordás TA, Tavares H, Ferreira LM. Body Dysmorphic Disorder in Patients Seeking Abdominoplasty, Rhinoplasty, and Rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 2016a Feb;137(2):462-71.

de Brito MJA, Nahas FX, Cordás TA, Felix GAA, Sabino Neto M, Ferreira LM. Understanding the psychopathology of body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: a literature review. *Rev Bras Cir Plást.* 2014 Apr;29:599-608.

de Brito MJ, Nahas FX, Cordás TA, Gama MG, Sucupira ER, Ramos TD, Felix GA, Ferreira LM. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Symptoms and Body Weight Concerns in Patients Seeking Abdominoplasty. *Aesthet Surg J.* 2016b Mar; 36(3):324-32.

de Brito MJ, Nahas FX, Ferreira LM. Should plastic surgeons operate on patients diagnosed with body dysmorphic disorder? *Plast Reconstr Surg.* 2012 Feb;129(2):406e-407e.

de Brito MJ, Nahas FX, Ortega NR, Cordás TA, Dini GM, Neto MS, Ferreira LM. Support system for decision making in the identification of risk for body dysmorphic disorder: a fuzzy model. *Int J Med Inform.* 2013 Sep;82(9):844-53.

de Brito MJ, Sabino Neto M, de Oliveira MF, Cordás TA, Duarte LS, Rosella MF, Felix GA, Ferreira LM. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS): Brazilian Portuguese translation, cultural adaptation and validation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015a Dec;37(4):310-6.

DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, Savoy SM, Kostas-Polston E. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *J Nurs Scholarsh.* 2007;39(2):155-64.

-
- Didie ER, Kuniega-Pietrzak T, Phillips KA. Body image in patients with body dysmorphic disorder: evaluations of and investment in appearance, health/illness, and fitness. *Body Image*. 2010 Jan;7(1):66-9.
- Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2004 Jan-Abr;19(1):41-52.
- Ende KH, Lewis DL, Kabaker SS. Body dysmorphic disorder. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2008 May;16(2):217-23, vii.
- Fang A, Hofmann SG. Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clin Psychol Rev*. 2010 Dec;30(8):1040-8.
- Felix GA, de Brito MJ, Nahas FX, Tavares H, Cordás TA, Dini GM, Ferreira LM. Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesth Surg*. 2014 May;67(5):646-54.
- Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S. The pathophysiology of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2008 Mar;5(1):3-12.
- Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Dec;64(12):1417-25.
- Fiori P, Giannetti LM. Body dysmorphic disorder: A complex and polymorphic affection. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2009;5:477-81.

-
- 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 Jun;52(4):251-5.
- Flageul G, Godefroy M, Lacoeyulhe G. La fonction thérapeutique de la chirurgie esthétique. *Ann Chir Plast Esthet*. 2003 Nov;48(5):247-56.
- Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, de Menezes GB, do Nascimento AL, Mendlowicz MV, Versiani M. A sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36(2):243-59.
- Furtado F, Hochman B, Ferrara SF, Dini GM, Nunes JM, Juliano Y, Ferreira LM. What factors affect the quality of life of patients with keloids? *Rev Assoc Med Bras*. 2009 Nov-Dec;55(6):700-4.
- Gandek B, Ware JE Jr. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov;51(11):953-9.
- Ghadakzadeh S, Ghazipour A, Khajeddin N, Karimian N, Borhani M. Body Image Concern Inventory (BICI) for identifying patients with BDD seeking rhinoplasty: using a Persian (Farsi) version. *Aesthetic Plast Surg*. 2011 Dec;35(6):989-94.
- Glaser DA, Kaminer MS. Body dysmorphic disorder and the liposuction patient. *Dermatol Surg*. 2005 May;31(5):559-60; discussion 561.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989a Nov;46(11):1006-11.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989b Nov;46(11):1012-6.

Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(2):61-3.

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.

Hay GG. Dysmorphophobia. *Br J Psychiatry*. 1970 Apr;116(533):399-406.

Hepburn S, Cunningham S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2006 Nov;130(5):569-74.

Hodgkinson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 2005 Nov-Dec;29(6):503-9.

International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). ISAPS Global Statistics 2015. International Survey on Aesthetic/Cosmetic: Procedures Performed in 2014. <http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2015%20ISAPS%20Results.pdf>

Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1998 Jun;52(3):283-7.

Javo IM, Sørli T. Psychosocial Characteristics of Young Norwegian Women Interested in Liposuction, Breast Augmentation, Rhinoplasty, and

Abdominoplasty: A Population-Based Study. *Plast Reconstr Surg.* 2010 May;125(5):1536-43.

Javanbakht M, Nazari A, Javanbakht A, Moghaddam L. Body dysmorphic factors and mental health problems in people seeking rhinoplastic surgery. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2012 Feb;32(1):37-40.

Jorge RT, Sabino Neto M, Natour J, Veiga DF, Jones A, Ferreira LM. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examination. *Sao Paulo Med J.* 2008;126:87-95.

Kisely S, Morkell D, Allbrook B, Briggs P, Jovanovic J. Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002 Feb;36(1):121-6.

Kaymak Y, Taner E, Simşek I. Body dysmorphic disorder in university students with skin diseases compared with healthy controls. *Acta Derm Venereol.* 2009;89(3):281-4.

Kyle A. Body dysmorphia and plastic surgery. *Plast Surg Nurs.* 2012 Jul-Aug;32(3):96-8.

Knapp TR, Sawilowsky SS. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. *J Nurs Meas.* 2004 Fall;12(2):95-6; author reply 97-9.

Knorr NJ, Edgerton MT, Hoopes JE. The “insatiable” cosmetic surgery patient. *Plast Reconstr Surg.* 1967 Sep;40(3):285-9.

Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr.* 2008 Apr;13(4):316-22.

Lai CS, Lee SS, Yeh YC, Chen CS. Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *Kaohsiung J Med Sci.* 2010 Sep;26(9):478-82.

Larson K, Gosain AK. Cosmetic surgery in the adolescent patient. *Plast Reconstr Surg.* 2012 Jan;129(1):135e-141e.

Liang MH, Jette AM. Measuring functional ability in chronic arthritis: a critical review. *Arthritis Rheum.* 1981 Jan;24(1):80-6.

Malick F, Howard J, Koo J. Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatol Ther.* 2008 Jan-Feb;21(1):47-53.

McDowell I, Newell C. *measuring health : a guide to rating scales and questionnaires.* 2nd ed. New York: Oxford. University Press, 1996

McGrath MH, Mukerji S. Plastic surgery and the teenage patient. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2000 Aug;13(3):105-18.

Michalczuk R, Bowden-Jones H, Verdejo-Garcia A, Clark L. Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: a preliminary report. *Psychol Med.* 2011 Dec;41(12):2625-35.

Morselli E, Jerome L. Dysmorphophobia and taphephobia: two hitherto undescribed forms of Insanity with fixed ideas. *Hist Psych.* 2001 Mar;12(45):103-14.

Mr F, Tabrizi AG, Bafghi AF, Sa N, A M. Body dysmorphic disorder in aesthetic rhinoplasty candidates. *Pak J Med Sci*. 2013 Jan;29(1):197-200.

Mühlbauer W, Holm C, Wood DL. The thesities complex in plastic surgical patients. *Plast Reconstr Surg*. 2001 Feb;107(2):319-26.

Mulkens S, Bos AER, Uleman R, Muris P, Mayer B, Velthuis P. Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients. *J Plast Reconstr Aesth Surg*. 2012 Mar;65(3):321-7.

Nachshoni T, Kotler M. Legal and medical aspects of body dysmorphic disorder. *Med Law*. 2007 Dec;26(4):721-35.

Neto MS, Abla LE, Lemos AL, Garcia EB, Enout MJ, Cabral NC, Ferreira LM. The impact of surgical treatment on the self-esteem of patients with breast hypertrophy, hypomastia or breast asymmetry. *Aesthetic Plast Surg*. 2012 Febr;36(1):223-5.

Osman S, Cooper M, Hackmann A, Veale D. Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder. *Memory*. 2004 Jul;12(4):428-36.

Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthetic Plast Surg*. 2008 May;32(3):473-84.

Pecorari G, Gramaglia C, Garzaro M, Abbate-Daga G, Cavallo GP, Giordano C, et al. Self-esteem and personality in subjects with and without body dysmorphic disorder traits undergoing cosmetic rhinoplasty: preliminary data. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010 Mar;63(3):493-8.

Pertschuk MJ, Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA. Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plast Surg.* 1998 Jan-Feb;22(1):20-4.

Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D, Frare F, Di Vaio S, Cassano GB. Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *J Nerv Ment Dis.* 1997 Sep;185(9):578-82.

Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry.* 1991 Sep;148(9):1138-49.

Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim psychiatry.* 2007 Dec;14(12):58-66.

Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005 Jun;66(6):717-25.

Phillips KA, Didie ER, Feusner J, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. *Am J Psychiatry.* 2008 Sep;165(9):1111-8.

Phillips KA, Dufresne RG Jr. Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol.* 2000 Jul-Aug;1(4):235-43.

Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2001 Nov-Dec;42(6):504-10.

Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33(1):17-22.

Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry.* 2006 Jul;163(7):1280-2.

Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, Stein DJ. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety.* 2010 Jun;27(6):573-91.

Picavet VA, Gabriëls L, Grietens J, Jorissen M, Prokopakis EP, Hellings PW. Preoperative symptoms of body dysmorphic disorder determine postoperative satisfaction and quality of life in esthetic rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2013 Apr;131(4):861-8.

Picavet VA, Hellings PW. Reply: Preoperative symptoms of body dysmorphic disorder determine postoperative satisfaction and quality of life in aesthetic rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2014 Jan;133(1):62e.

Picavet VA, Prokopakis EP, Gabriëls L, Jorissen M, Hellings PW. High prevalence of body dysmorphic disorder symptoms in patients seeking rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2011 Aug;128(2):509-17.

Piccolo MS, Gragnani A, Daher RP, Scanavino MT, Brito MJ, Ferreira LM. Burn Sexuality Questionnaire: Brazilian translation, validation and cultural adaptation. *Burns.* 2013 Aug;39(5):942-9.

Piccolo MS, Gragnani A, Daher RP, Scanavino Mde T, de Brito MJ, Ferreira LM. Validation of the Brazilian version of the Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B-Br). *Burns*. 2015 Nov;41(7):1579-86.

Reese HE, McNally RJ, Wilhelm S. Facial asymmetry detection in patients with body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther*. 2010 Sep;48(9):936-40.

Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med*. 2006 Jun;36(6):877-85.

Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):99-111.

Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image*. 2008 Mar;5(1):50-8.

Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998 May;101(6):1644-9.

Sarwer DB, Zanville HA, LaRossa D, Bartlett SP, Chang B, Low DW, Whitaker LA. Mental health histories and psychiatric medication usage among persons who sought cosmetic Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2004 Dec;114(7):1927-33; discussion 1934-5.

Shridharani SM, Magarakis M, Manson PN, Rodriguez ED. Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. *Plast Reconstr Surg*. 2010 Dec;126(6):2243-51.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP):

<http://www2.cirurgioplastica.org.br/de-acordo-com-a-isaps-brasil-lidera-ranking-de-cirurgias-plasticas-no-mundo/>.

Sapnas KG. Determining adequate sample size. *J Nurs Scholarsh*. 2004;36(1):4.

Sapnas KG, Zeller RA. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. *J Nurs Meas*. 2002 Fall;10(2):135-54.

Sucupira E, Sabino Neto M, Dini GM, de Brito MJ, Ferreira LM. Brazilian Portuguese version of the Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) for screening children and adolescents seeking plastic surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2016 Mar;69(3):e69-70.

Swami V, Chamorro-Premuzic T, Bridges S, Furnham A. Acceptance of cosmetic surgery: personality and individual difference predictors. *Body Image*. 2009 Jan;6(1):7-13.

Tasman AJ. The psychological aspects of rhinoplasty. *Curr Opin Otolaryngol Head Surg*. 2010 Aug;18(4):290-4.

Thomson JA, Jr, Knorr NJ, Edgerton MT. Cosmetic surgery: the psychiatric perspective. *Psychosomatics*. 1978 Jan;19(1):7-15.

Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J*. 2004 Feb;80(940):67-71.

Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg*. 2003 Sep;56(6):546-51.

Veale D, Neziroglu F. Body Dysmorphic Disorder. A Treatment Manual. West Suissx (UK): Wiley-Blackwell; 2010.

Vila-Nova da Silva DB, Nahas FX, Ferreira LM. Factors influencing judicial decisions on medical disputes in plastic surgery. *Aesth Surg J*. 2015 May;35(4):477-83.

Vindigni V, Pavan C, Semenzin M, Granà S, Gambaro F, Marini M, et al. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Plast Surg*. 2002;25(6):305-8.

Wengle HP. The psychology of cosmetic surgery: old problems in patient selection seen in a new way - part II. *Ann Plast Surg*. 1986 Jun;16(6):487-93.

Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P; ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient reported outcomes (PRO measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health*. 2005 Mar-Apr;8(2):94-104.

Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar AR, Ghahramanian A. Details of content validity and objectifying it in instrument development. *Nurs Pract Today*. 2014;1(3):163-171.

Ziglinas P, Menger DJ, Georgalas C. The body dysmorphic disorder patient: to perform rhinoplasty or not? *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014 Sep;271(9):2355-8.

Zuckerman D, Abraham A. Teenagers and cosmetic surgery: focus on breast augmentation and liposuction. *J Adolesc Health*. 2008 Oct;43(4):318-24.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

BIREME. Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS: descritores em ciências da saúde. Disponível em:<http://decs.bvs.br/>.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication [Internet]. Philadelphia (PA): ICMJE Secretariat office, American College of Physicians; [updated 2008 Oct; cited 2010 May 23]. Available from: URL: <http://www.icmje.org>.

Orientação normativa para elaboração e apresentação de teses: guia prático. Ferreira LM, coordenadora; Goldenberg S, Nahas FX, Barbosa MVJ, Ely PB, organizadores. São Paulo: Livraria Médica Editora; 2008.

ABSTRACT

ABSTRACT

INTRODUCTION: Rhinoplasty is one of the most sought after aesthetic surgeries by individuals with body dysmorphic disorder (BDD), which is characterized by an excessive dissatisfaction with appearance that may affect patient satisfaction with the results of surgery. **OBJECTIVE:** To translate into Brazilian Portuguese, cross-culturally adapt and validate the Body Dysmorphic Symptoms Scale (BDSS). **METHODS:** Eighty patients of both genders seeking rhinoplasty were selected at the Nose Outpatient Clinic (Division of Plastic Surgery, Federal University of São Paulo) between February 2014 and March 2015. Thirty patients participated in the cross-cultural adaptation phase. The instrument was tested for reliability in 20 patients and for construct validity in 50 patients by correlating the BDSS with the Brazilian version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS). **RESULTS:** Internal consistency was tested using Cronbach's alpha coefficient ($\alpha=0.805$). The BDSS showed excellent interobserver ($r=0.909$; $ICC=0.873$; $p<0.001$) and intraobserver ($r=0.956$; $ICC=0.939$; $p<0.001$) reliability. There was a significant difference in BDSS scores between patients with and without BDD symptoms ($p<0.001$), and a strong correlation ($r=0.841$; $p<0.001$) between BDD-YBOCS and BDSS scores. The area under the receiver operating characteristic (ROC) curve was 0.981, indicating good accuracy to discriminate the presence of BDD symptoms. Forty-six percent of patients had BDD symptoms (BDSS) and 54% presented moderate to severe appearance-related obsessive-compulsive symptoms (BDD-YBOCS). **CONCLUSION:** The cross-culturally adapted Brazilian version of the BDSS is a reliable instrument with face, content, and construct validity; it was named Body Dysmorphic Symptoms Scale-UNIFESP/EPM (BDSS-UNIFESP/EPM).

APÊNDICES

APÊNDICE 1.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 428.965/13

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: The Body Dysmorphic Symptoms Scale: Tradução, Adaptação Cultural e Validação

Pesquisador: Maria José Azevedo de Brito Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21407713.2.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 428.965

Data da Relatoria: 04/10/2013

Apresentação do Projeto:

O transtorno dismórfico corporal (TDC) caracteriza-se por uma preocupação excessiva com um, ou mais defeitos, ou falhas percebidas na aparência física, que não são observáveis, ou aparecem como muito discretas, para os outros. Essa preocupação provoca sofrimento clinicamente significativo, ou prejuízo em áreas importantes do funcionamento global do indivíduo que foi associado a índices elevados de depressão, ansiedade social, ideação e tentativa de suicídio. Indivíduos com TDC costumam procurar o cirurgião plástico. Por esta razão, torna-se importante desenvolver mecanismos para identificar esta doença entre os pacientes que buscam procedimentos de cirurgia plástica. Para isso será traduzido, adaptado culturalmente e validado o instrumento The Body Dysmorphic Symptoms Scale, seguindo as orientações propostas por GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993,) em 90 pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Traduzir para a língua portuguesa, adaptar ao contexto cultural brasileiro e testar as propriedades de medidas - reprodutibilidade e validade de construção da The Body Dysmorphic Symptoms Scale.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

SEM RISCOS, NENUM PROCEDIMENTO INVASIVO (aplicação de um breve questionário.)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 428.965

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional

da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina Orientador: Prof Dr Miguel Sabino Neto

Serão entrevistados 90 pacientes que desejarem submeter-se à rinoplastia, procedentes do ambulatório de rinoplastia do Hospital São Paulo (UNIFESP). O instrumento "The Body Dysmorphic Symptoms Scale" em sua versão original, será traduzida da língua inglesa para a língua portuguesa por dois tradutores independentes. As duas traduções serão analisadas por um grupo multidisciplinar composto por dois cirurgiões plásticos, um psiquiatra e

uma psicóloga. Por consenso, será criada uma única versão da escala, baseada em elementos das duas versões iniciais (versão em português número 1). Todas as divergências serão discutidas até que se obtenha concordância quanto ao significado original das frases. A versão consenso em português será traduzida para a língua inglesa (Backtranslation) por dois tradutores independentes, que não conheçam a escala original e os objetivos do trabalho. As duas versões serão analisadas e comparadas à escala original pelo mesmo grupo multidisciplinar. Para tal, será utilizada a versão original, a versão em português número 1 e as duas traduções do português para o inglês. Desta reunião, resultará, por consenso, uma nova versão da escala em língua portuguesa (versão número 2).

A versão consenso em português será adaptada ao contexto lingüístico e cultural da população.

Para compor esta população, serão selecionados consecutivamente 30 pacientes que procurarem o ambulatório de Cirurgia Plástica do Setor de Nariz do Hospital São Paulo (UNIFESP). Após a tradução e adaptação cultural, serão testadas a consistência interna do instrumento, a reprodutibilidade e a validade de construção. A reprodutibilidade da escala será testada por meio de três entrevistas, em outro grupo de 30 pacientes. Nelas, observar-se-á a correlação entre os dados obtidos quando a escala é aplicada em tempos diferentes (reprodutibilidade intraobservador), ou por observadores diferentes (reprodutibilidade inter-observadores). A validade de construção será testada por meio da comparação do instrumento com um instrumento que avalie o mesmo conteúdo (preocupação e angústia com a aparência física) em outros trinta pacientes. O instrumento selecionado será o questionário versão brasileira do Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos obrigatórios apresentados (FOLHA DE ROSTO, PROJETO DE PESQUISA E TCLE)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 428.965

Recomendações:

O TCLE DEVE ESTAR EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SEM INADEQUAÇÕES

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PARECER DO RELATOR ACATADO PELO COLEGIADO - PROJETO APROVADO

Lembramos que, a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

SAO PAULO, 18 de Outubro de 2013

Assinador por:
maria del carmen janeiro perez
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

APÊNDICE 2

AUTORIZAÇÃO DO AUTOR

maria jose azevedo de brito rocha<mazbrito@gmail.com> Tue, Apr 9, 2013 at 12:16 PM
To: "giulio.perugi" <giulio.perugi@med.unipi.it>

Gent.mo Dr. Giulio Perugi,

Sono alunna del programma di Post-graduato in Chirurgia Plastica dell'Università Federale di San Paolo (UNIFESP) nel quale sviluppiamo ricerche sulla prevalenza e incidenza del Disturbo da Dismorfismo Corporeo in Chirurgia Plastica.

Riconosciamo l'importanza della validazione di strumenti di valutazione psicologica specifici per il processo di screening nella selezione dei candidati per l'esecuzione di procedure di estetici in Chirurgia Plastica e vorrei chiedere il Suo permesso di convalidare il "The Body Dysmorphic Symptoms Scale" per applicarlo in Brasile.

Sappiamo dell'esistenza della traduzione di questa scala in lingua portoghese, ma cerchiamo di adattarla al contesto culturale brasiliana per poterlo testare, riprodurlo e convalidarlo.

Credendo profondamente nella qualità del lavoro che sarà sviluppato grazie all'applicazione del Suo materiale le sarei grata di una risposta.

Cordialmente,

Maria José Azevedo de Brito Rocha

Giulio Perugi <giulio.perugi@med.unipi.it> Tue, Apr 9, 2013 at 12:44 PM
To: maria jose azevedo de brito rocha <mazbrito@gmail.com>

Gentile Maria Jose,
sono molto contento di questa vostra iniziativa. Non ero a conoscenza di una traduzione in portoghese. Sarò felice di darvi un aiuto in qualunque modo pensiate possa esservi utile.

Cordiali Saluti

Giulio Perugi

APÊNDICE 3.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este projeto tem como título “*The Body Dysmorphic Symptoms Scale*, tradução, adaptação cultural e validação”. Estas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo, cujo objetivo é traduzir e adaptar à realidade brasileira esta escala, que avalia preocupações excessivas e grau de sofrimento em relação à aparência física.

Para isso, serão entrevistados, por ordem de chegada, pacientes de ambos os gêneros, que desejarem submeter-se à rinoplastia no Hospital São Paulo – UNIFESP, e aplicados dois instrumentos: uma escala que será uma versão-consenso da tradução original, de modo a avaliar a adequação ao contexto linguístico brasileiro, e a Versão Brasileira da *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* para Transtorno Dismórfico Corporal (BDD-YBOCS), que avalia gravidade dos sintomas da imagem corporal negativa. A duração estimada é de cerca de 15 minutos.

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Botucatu, 572 – 1º andar, conj. 14, tel. (11) 5571-1062, fax (11) 5539-7162. Em qualquer etapa do estudo, terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a psicóloga Tatiana Dalpasquale Ramos, que pode ser encontrada na Rua Napoleão de Barros, 715 – tel. 55764065 – email: tati_dramos@hotmail.com.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à

continuidade de seu tratamento na instituição. Tem o direito de ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados parciais das pesquisas, ou de resultados que sejam do conhecimento da pesquisadora. Não há benefício direto para o participante. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo; também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos pacientes.

Eu, _____,
portador(a) do R.G. nº _____, após ter sido esclarecido(a)
pelo entrevistador a respeito do projeto de pesquisa acima referido,
concordo em participar voluntariamente deste estudo e poderei retirar meu
consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem
penalidades ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter
adquirido, ou no meu atendimento neste serviço. Ficaram claros para mim
quais os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de
esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação
é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar
quando necessário.

Assinatura do paciente

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre
e esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

Assinatura do entrevistador

Data ____/____/____

APÊNDICE 4. FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

PROTOCOLO

DATA DA AVALIAÇÃO: ___/___/_____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ **IDADE:** _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/_____

GÊNERO: MF

RAÇA:

Branca Negra Parda Amarela Outra

ESTADO CIVIL:

Solteiro(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

NÚMERO DE FILHOS: _____

ORIENTAÇÃO SEXUAL:

Heterossexual Homossexual Bissexual

RELIGIÃO:

Católica Evangélica Espírita Outra _____ Ateu

ESCOLARIDADE:

Ensino Primário Fundamental Médio Superior

PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO E TELEFONES PARA CONTATO:

DADOS PESSOAIS

VOCÊ ESTÁ MUITO INSATISFEITO (A) COM A SUA APARÊNCIA FÍSICA?

Não Sim, pouco Sim, muito

DESDE QUANDO ESTÁ INSATISFEITO (A)?

Adolescência Adulto(a) Após os 40 anos

QUE PARTE DO SEU CORPO NÃO CONSIDERA ATRAENTE? _____

JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA PLÁSTICA? Não Sim.

Qual? _____

Quando? _____ Local? _____

FICOU SATISFEITO (A) COM O RESULTADO? Não Sim

GOSTARIA DE FAZER OUTRAS CIRURGIAS PLÁSTICAS? Não Sim

QUAL(IS) PARTE(S) DO SEU CORPO GOSTARIA DE MUDAR? _____

QUANTO TEMPO VOCÊ GASTA PENSANDO EM SUA APARÊNCIA (CADA DIA, SE VOCÊ SOMAR TODO O TEMPO QUE PASSA PELA SUA CABEÇA)?

Menos do que uma hora por dia

1 a 3 horas por dia

Mais do que 3 horas por dia

HÁ QUANTO TEMPO DESEJA FAZER ESTA CIRURGIA PLÁSTICA?

Mais de um ano Um ano Menos de um ano

O QUE ESPERA DA CIRURGIA PLÁSTICA (EXPECTATIVAS). ASSINALE UMA, OU MAIS OPÇÕES:

Gostar da minha imagem no espelho

Ser aceito(a) pelos outros

Alterar o contorno facial e/ou corporal

MELHORAR ASPECTOS:

Emocionais Sexuais Sociais Profissionais

A CICATRIZ FAZ PARTE DO CORPO APÓS A CIRURGIA PLÁSTICA.

Sim Não

QUE OUTROS TRATAMENTOS ESTÉTICOS GOSTARIA DE PROCURAR?

Dermatologia Academia Odontologia

APÊNDICE 5. VERSÃO CONSENSO EM PORTUGUÊS**ESCALA DE SINTOMAS DA DISMORFIA CORPORAL –
UNIFESP/EPM (BDSS-UNIFESP/EPM)**

1. Você está seriamente preocupado(a) de que uma parte do seu corpo é defeituosa?

() sim () não

2. Você se observa no espelho de forma atenta e repetida?

() sim () não

3. Você evita olhar-se no espelho para não ficar tão preocupado(a)?

() sim () não

4. Você se preocupa de que outras pessoas possam estar observando, falando ou zombando de seu defeito?

() sim () não

5. Você tenta esconder ou camuflar seu defeito com as mãos, maquiagem ou roupas?

() sim () não

6. Você acredita que uma cirurgia plástica poderá mudar radicalmente a sua vida, corrigindo o defeito que lhe incomoda?

() sim () não

7. Você negligenciou suas atividades normais por causa do defeito?

() sim () não

8. Este defeito lhe causa raiva, impaciência, agressividade, principalmente no relacionamento com parentes, amigos ou colegas de trabalho?

() sim () não

9. Nesses momentos, você quebra algum objeto, dá murros ou chuta paredes e portas?

() sim () não

10. Seu desespero é tamanho a ponto de desejar morrer, ferir-se ou prejudicar-se em função desse desespero?

() sim () não

ANEXOS

ANEXO 1.***BODY DYSMORPHIC SYMPTOMS SCALE (BDSS)***

1. Are you seriously concerned that one part of your body is defective?

Yes No

2. Do you look at yourself in the mirror carefully and repeatedly?

Yes No

3. Do you avoid looking at yourself in the mirror to be less worried?

Yes No

4. Are you concerned that others may be looking at, talking about, or making fun of your defect?

Yes No

5. Do you try to hide or camouflage your defect with your hands, hair, make-up, or clothing?

Yes No

6. Do you think that corrective surgical treatment is necessary?

Yes No

7. Have you neglected your usual activities because of the defect?

Yes No

8. Are you ever so enraged and in despair that you lose control and become insulting, aggressive, or violent toward your relatives and friends?

Yes No

9. At these times, do you break any object or punch and kick walls and doors?

Yes No

10. Are you ever so in despair that you wish yourself dead or want to harm yourself because of your despair?

Yes No

ANEXO 2.

The Modified Pisa Body Dysmorphic Symptoms Scale

1. Are you seriously concerned that one part of your body is defective?
 2. Do you look at yourself in the mirror carefully and repeatedly?
 3. Do you avoid looking at yourself in the mirror to be less worried?
 4. Are you concerned that others may be looking at, talking about, or making fun of your defect?
 5. Do you try to hide or camouflage your defect with your hands, makeup, or clothing?
 6. Do you expect your life to change radically after surgery?
 7. Have you neglected your usual activities because of the defect?
 8. Are you ever so enraged and in despair that you lose control and become insulting, aggressive, or violent toward your relatives and friends?
 9. At these times, do you break any object or punch and kick walls and doors?
 10. Are you ever so in despair that you wish yourself dead or want to harm yourself because of your despair?
-

ANEXO 3.

Versão Brasileira da YBOCS para Transtorno Dismórfico Corporal (BDD-YBOCS)

Instruções: Esta escala destina-se a ser utilizada como uma entrevista semi-estruturada. O entrevistador deve avaliar os itens na ordem listada e ler as perguntas apresentadas. No entanto, o entrevistador é livre para fazer perguntas adicionais para fins de esclarecimento. Em geral, as avaliações devem depender do relato do paciente; no entanto, a avaliação final é baseada no julgamento clínico do entrevistador.

- Os colchetes [] indicam o material que deve ser lido, preenchendo, completando, as lacunas com as partes do corpo de preocupação;
- Os parênteses () indicam material opcional que pode ser lido;
- Os itens em itálico são as instruções e lembretes para o entrevistador.

Avalie cada item levando em consideração a semana passada até, e incluindo, o momento da entrevista. A pontuação deve refletir a ocorrência média de cada item para a semana inteira. Para as questões 1 a 5 (que avaliam preocupações relacionadas ao TDC), avalie o efeito total (combinação) de todas as partes do corpo de insatisfação. Para os itens 6 a 10 (que avaliam comportamentos relacionados ao TDC), avalie também o efeito total (combinação) de todos os comportamentos. Para os itens 9 e 10 (itens de resistência e controle), se as respostas do paciente são diferentes para comportamentos distintos, selecione a resposta que representa uma pontuação média para os diferentes comportamentos. Para o item 12, não avalie a evitação de comportamentos compulsivos como olhar para

espelhos; em vez disso, avalie o grau em que o paciente evita atividades que contribuem para o funcionamento adequado – por exemplo, evitação de interações sociais ou atividades relacionadas ao trabalho.

A questão 2 fornece exemplos de prejuízos de funcionamento global em letras “itálicas” com S/N para o entrevistador indicar “SIM” ou “NÃO”. É importante perguntar sobre todos esses itens. No entanto, essa não é uma lista exaustiva das áreas de deficiência, e o entrevistador precisa perguntar e incluir todos os outros tipos de interferência no funcionamento que, o indivíduo vivencia em decorrência de seus sintomas de TDC.

Nas perguntas que abordam a preocupação, use a palavra “defeito” para descrever áreas do corpo que o paciente não gosta. Alguns indivíduos, no entanto, acham essa palavra muito “forte” e preferem uma palavra como “falha” ou “aparência”. Esses termos podem substituir a palavra “defeito”, contanto que fique claro que o entrevistador está perguntando sobre aspectos da aparência física que, o paciente não gosta e que, preenchem os critérios para TDC.

As questões 6-10 utilizam a palavra “atividades”, mas palavras como “comportamentos” ou “comportamentos compulsivos” podem substituí-la, desde que, fique claro que o entrevistador está perguntando sobre comportamentos repetitivos relacionados ao TDC. Caso o paciente não apresente nenhuma das atividades ou comportamentos relacionados ao TDC deve pontuar zero nos itens 6 a 10.

**VERSÃO BRASILEIRA DA YBOCS PARA TRANSTORNO DISMÓRFICO
CORPORAL (BDD-YBOCS)**

Para cada item, circule o número que identifica a resposta que melhor caracteriza o paciente durante a última semana.

1. Tempo gasto com pensamentos sobre o defeito corporal

Quanto tempo você gasta com pensamentos sobre o defeito ou falha em sua aparência [Liste as partes do corpo que o/a preocupa]

0	Nenhum
1	Leve (menos de 1 h/dia)
2	Moderado (1-3 h/dia)
3	Grave (3-8 h/dia)
4	Muito grave (mais do que 8 h/dia)

2. Interferência devido aos pensamentos sobre o defeito corporal

Quanto os PENSAMENTOS sobre o(s) defeito(s) do seu corpo interferem na sua vida social ou no seu trabalho? (Há algo que você não tem feito ou não pode fazer por causa dele(s)?)

Por exemplo:

S/N	Passar tempo com os amigos
S/N	Namorar
S/N	Frequentar situações sociais
S/N	Fazer coisas com a família dentro e fora de casa
S/N	Ir para escola ou trabalho todo dia
S/N	Chegar no horário, ou se atrasar para a escola ou trabalho
S/N	Concentrar-se em seu estudo ou trabalho
S/N	Ser produtivo na escola ou trabalho
S/N	Fazer as tarefas de casa ou manter as notas em seus estudos
S/N	Atividades diárias

0	Nenhuma
1	Leve: pequena interferência em atividades sociais, ocupacionais ou laborais, mas sem prejuízo no desempenho
2	Moderada: alguma interferência no desempenho social, ocupacional ou laboral, mas ainda consegue realizá-las
3	Grave: causa interferência significativa no desempenho social, ocupacional ou laboral
4	Muito grave: incapacitante

3. Angústia associada com os pensamentos sobre o defeito corporal

Quanta angústia seus PENSAMENTOS sobre seu defeito corporal causam em você?

Avalie a “angústia” ou ansiedade que parecem ser desencadeadas por esses pensamentos.

Não leve em consideração a ansiedade geral ou ansiedade associada a outros sintomas.

0	Nenhuma
1	Leve: não incomoda muito
2	Moderada: incomoda
3	Grave: muito incômoda
4	Muito grave: angústia incapacitante

4. Resistência contra pensamentos sobre o defeito corporal

Quanto esforço você faz para resistir a esses PENSAMENTOS?

Com que frequência você tenta ignorar, ou desviar sua atenção desses pensamentos, quando eles passam por sua cabeça?

Avalie somente os esforços feitos para resistir.

Não leve em consideração o sucesso ou falha em realmente controlá-los. O quanto o paciente resiste aos pensamentos pode ou não correlacionar-se com a capacidade de controlá-los.

0	Sempre faz esforço, ou os sintomas são mínimos e não precisam de resistência ativa
1	Tenta resistir na maioria das vezes
2	Faz algum esforço para resistir
3	Entrega-se a todos esses pensamentos sem tentar controlá-los, mas com alguma relutância
4	Entrega-se completa e voluntariamente a todos esses pensamentos

5. Grau de controle sobre os pensamentos relacionados ao defeito corporal

Quanto controle você tem sobre os PENSAMENTOS relacionados ao(s) seu(s) defeito(s) corporal(ais)?

Quanto sucesso você tem em parar ou desviar esses pensamentos?

0	Controle completo, ou nenhuma necessidade de controlar porque os pensamentos são mínimos
1	Muito controle, geralmente capaz de parar ou desviar esses pensamentos com algum esforço e concentração
2	Controle moderado, algumas vezes é capaz de parar ou desviar esses pensamentos
3	Pouco controle, raramente obtém sucesso em parar esses pensamentos e desvia a atenção com dificuldade
4	Nenhum controle, sentidos como completamente involuntários, raramente obtém sucesso em desviar a atenção, até mesmo momentaneamente

6. TEMPO GASTO EM ATIVIDADES RELACIONADAS AO DEFEITO CORPORAL

As próximas questões são sobre atividades/comportamentos que você faz em relação ao seu defeito corporal.

Quanto tempo você gasta em ATIVIDADES relacionadas à sua preocupação com a aparência?

Siga a seguinte lista de atividades com o paciente (faça as perguntas 6-10 para todos os pacientes que se apliquem):

	Checando espelhos ou outras superfícies refletoras
	Atividades de embelezamento ou arrumando-se
	Uso de maquiagem
	Exercício físico excessivo (mais do que 1h/dia)
	Escolhendo ou trocando de roupa ou outro tipo de acessório (avalie o tempo gasto em escolher ou trocar de roupa, não o tempo em que as usa)
	Examinando a aparência dos outros (comparando)
	Perguntando aos outros ou discutindo, debatendo, com eles sobre sua aparência
	Beliscando a pele
	Tocando, inspecionando as partes do seu corpo
	Outros _____

0	Nenhum
1	Leve (gasta menos de 1h/dia)
2	Moderado (1-3h/dia)
3	Grave (3-8h/dia)
4	Muito grave (mais de 8h/dia)

7. **Interferência provocada pelas atividades relacionadas ao defeito corporal**

Quanto essas ATIVIDADES interferem na sua vida social ou no seu trabalho? (Há algo que você não faça por causa delas?)

0	Nenhuma
1	Leve: pequena interferência em atividades sociais, ocupacionais ou laborais, mas sem prejuízo no desempenho
2	Moderada: alguma interferência no desempenho social, ocupacional ou laboral, mas ainda consegue realizá-las
3	Grave: causa interferência significativa no desempenho social, ocupacional ou laboral
4	Muito grave: incapacitante

8. Angústia associada a atividades relacionadas com o defeito corporal

Como você se sentiria se fosse impedido de realizar as atividades que conversamos agora há pouco? (Quão ansioso você ficaria?)

Avalie o grau de angústia e frustração que o paciente sentiria se a realização dessas atividades fosse subitamente impedida.

0	Nenhuma
1	Leve: apenas ligeiramente ansioso se o comportamento fosse impedido
2	Moderada: relata que sentiria ansiedade, mas ainda administrável se o comportamento fosse impedido
3	Grave: aumento importante e muito perturbador da ansiedade se o comportamento fosse impedido
4	Extrema: ansiedade incapacitante de qualquer intervenção destinada a modificar o comportamento

9. Resistência a compulsões

Quanto esforço você faz para resistir a essas ATIVIDADES?

Só avalie o esforço feito para resistir.

Não avalie o sucesso ou fracasso em controlar efetivamente as atividades. Quanto o paciente resiste a esses comportamentos pode ou não estar correlacionado com a capacidade de controlá-los.

0	Faz esforço para resistir, ou os sintomas são tão pequenos que, não precisam de resistência ativa
1	Tenta resistir a maior parte do tempo
2	Faz algum esforço para resistir
3	Entrega-se a quase todos esses comportamentos sem tentar controlá-los, mas o faz com alguma relutância
4	Entrega-se completa e voluntariamente a todos os comportamentos relacionados ao defeito corporal

10. Grau de controle sobre o comportamento compulsivo

Quão forte é o desejo de realizar esses comportamentos? Quanto controle você tem sobre eles?

0	Controle completo, ou o controle é desnecessário porque os sintomas são leves
1	Muito controle: sente a pressão para executar o comportamento, mas geralmente é capaz de exercer controle voluntário sobre ele
2	Controle moderado: sente forte pressão para executar o comportamento e pode controlá-lo com dificuldade

3	Pouco controle: sente forte pressão para executar o comportamento, sendo necessário realizá-lo integralmente, mas, com dificuldade, consegue retardar
4	Nenhum controle; o sentimento é irresistível e involuntário para realizar o comportamento. Raramente é capaz de retardá-lo, mesmo que momentaneamente.

11. Insight (Crítica)

É possível que o seu defeito não seja tão perceptível, ou seja, tão pouco atraente quanto você pensa que é?

Quão convencido você está de que o seu/sua [preencher com a parte do corpo] não é atraente como você mesmo pensa?

Quanto de certeza você tem que tem razão disso?

Alguém consegue convencê-lo do contrário?

0	Insight excelente, totalmente racional
1	Bom insight: prontamente reconhece o absurdo dos pensamentos (Não parece, porém, totalmente convencido de que não há algo além da ansiedade para se preocupar)
2	Insight médio: relutantemente admite que os pensamentos parecem despropositados, mas hesita
3	Insight ruim: defende que os pensamentos não são irracionais
4	Falta insight: delirante. Definitivamente convencido de que as preocupações são cabíveis e não responde à evidência contrária

12. Evitação

Você tem evitado fazer alguma coisa, ir a algum lugar, ou estar com alguém, por causa de seus pensamentos ou comportamentos relacionados ao seu defeito corporal? Se Sim, pergunte: O que você evita?

Avalie o grau em que o paciente deliberadamente tenta evitar situações como interações sociais ou atividades relacionadas ao trabalho.

Não inclua a evitação de espelhos ou de comportamentos compulsivos.

0	Sem evitação intencional
1	Leve: evitação mínima
2	Moderada: alguma evitação claramente presente
3	Grave: muita evitação; evitação proeminente
4	Muito grave: evitação muito grande; paciente evita quase todas as atividades

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.

American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS). 2015 Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics.

<http://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2015.pdf>.