

JOSÉ TEIXEIRA GAMA

***FACE Q - SATISFACTION WITH FACIAL
APPEARANCE OVERALL – TRADUÇÃO PARA A
LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL, ADAPTAÇÃO
CULTURAL E VALIDAÇÃO.***

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

SÃO PAULO

2018

JOSÉ TEIXEIRA GAMA

FACE Q - SATISFACTION WITH FACIAL APPEARANCE OVERALL – TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO.

Orientadora: Profa. Dra. Lydia Masako Ferreira

Coorientadores: Profa. Dra. Daniela Francescato Veiga

Prof. Luís Antônio Rossetto

SÃO PAULO

2018

Gama, José Teixeira

FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall: tradução para a língua portuguesa do Brasil, adaptação cultural e validação / José Teixeira Gama. – São Paulo, 2018.

XVII, 120f.

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

Título em inglês: FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall: Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation.

1. Tradução. 2. Estudos de validação. 3. Inquéritos e questionários. 4. Ritidoplastia. 5. Cirurgia Plástica.



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



Coordenação: Profa. Dra. Lydia Masako Ferreira

ORIENTADORA: Profa. Dra. Lydia Masako Ferreira

COORIENTADORES: Profa. Dra Daniela Francescato Veiga

Prof. Luís Antônio Rossetto

DEDICATÓRIA

À minha esposa *Sueli*, aos meus filhos *Mariana*, *Luiz José* e *João Paulo* e aos meus netos *Rafaela*, *Gabriel* e *Luiz Theodoro*, sempre presentes no meu jardim, eternos companheiros na travessia da vida.

Aos meus pais *Luiz e Josefa* incansáveis educadores *in memoriam* por transmitirem filosofia, sabedoria e formar-me para a vida.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora **LYDIA MASAKO FERREIRA, PROFESSORA TITULAR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)**. Muito além do exemplo de sabedoria, capacidade, liderança, dedicação à ciência, a sua projeção intelectual nacional e internacional - atingindo com plenitude os seus objetivos para o bem comum da comunidade científica - consegue, acima de tudo, compartilhar o seu entusiasmo em acreditar fielmente na pesquisa e no ensino acadêmico. Na sua essência, contagia e fecunda o espírito científico de pesquisadora incansável aos seus alunos e sabe extrair o melhor de cada um de nós. Por acreditar em mim e pela oportunidade, *o meu eterno agradecimento e profundo respeito.*

À Professora Doutora **DANIELA FRANCESCATO VEIGA, PROFESSORA LIVRE DOCENTE DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP**, por proporcionar a oportunidade de me ensinar e compartilhar sua experiência profissional e acadêmica.

Ao Professor **LUÍS ANTÔNIO ROSSETTO, PROFESSOR COLABORADOR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP**, pela sua capacidade didática e pedagógica, pelas orientações, pela sua atenção, dedicação e amizade.

Ao Professor Doutor **MIGUEL SABINO NETO, PROFESSOR LIVRE DOCENTE DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E COORDENADOR DO SETOR DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DA UNIFESP**, pela sua capacidade de gestão, objetividade, seriedade e

comprometimento, humildade e coerência e pelos ensinamentos ao longo deste profícuo convívio. Pela sua extrema capacidade de nuclear e agregar alunos.

Aos Professores (as) Drs. (as) **ALFREDO GRAGNANI FILHO, AN WAN CHING, DULCE MARIA FONSECA SOARES, FABIO XERFAN NAHAS, HELTON TRABER CASTILHO, MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO, MAX DOMINGUES PEREIRA, REGINA OKAMOTO, ROBERTO RUDGE RAMOS**, por compartilhar seus conhecimentos e ensinamentos ao longo do meu percurso.

A todos os **PÓS-GRADUANDOS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL E DO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PESQUISA, GESTÃO E INOVAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIFESP**, pelos bons momentos e pela alegre convivência.

Às secretárias **MARTA REJANE, SANDRA DA SILVA E SILVANA APARECIDA DE ASSIS DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP**, pela paciência e colaboração.

Às **PACIENTES** que participaram deste estudo, com a sua contribuição anônima, fontes dos maiores ensinamentos e inspirações, minha maior motivação e razão de minha dedicação profissional.

“Tudo posso naquele que me fortalece ...”.

(Filipenses 4:13)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
LISTA DE FIGURAS.....	IX
LISTA DE TABELAS.....	X
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS.....	XII
RESUMO.....	XIV
ABSTRACT.....	XVI
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVO.....	9
3 LITERATURA.....	11
4 MÉTODO.....	36
5 RESULTADOS.....	51
6 DISCUSSÃO.....	68
7 CONCLUSÃO.....	85
8 REFERÊNCIAS.....	87
NORMAS ADOTADAS.....	99
APÊNDICES.....	101
ANEXOS.....	116
FONTES CONSULTADAS.....	119

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico de Bland-Altman para escore de satisfação – Aparência geral do rosto.....	58
Figura 2 – Gráfico de Bland-Altman para escore de satisfação – Geometria do rosto.....	59
Figura 3 – Gráfico de Bland-Altman para escore de satisfação – total	59
Figura 4 – Gráfico de dispersão para escore de satisfação – Aparência geral do rosto avaliado em dois momentos	60
Figura 5 – Gráfico de dispersão para escore de satisfação – Geometria do rosto avaliado em dois momentos.....	61
Figura 6 – Gráfico de dispersão para escore de satisfação – Total avaliado em dois momentos.....	61
Figura 7 – Gráfico de Bland-Altman para Satisfação Total.....	66
Figura 8 – Gráfico de Bland-Altman para Satisfação da Aparência Geral do rosto.....	66
Figura 9 – Gráfico de Bland-Altman para Satisfação da Geometria do rosto.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das pacientes por características demográficas e clínicas (N=58).....	47
Tabela 2 – Medidas-resumo da idade (anos) e número de procedimentos	48
Tabela 3 – Distribuição das pacientes por resposta dos dez itens da escala <i>Face Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall</i>	54
Tabela 4 – Item eliminado e respectiva comunalidade	55
Tabela 5 – Cargas fatoriais, autovalores, porcentagem da variância explicada e coeficiente alpha de Cronbach dos dois fatores da escala <i>Face Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall</i>	56
Tabela 6 – Correlação item-total corrigida, alpha de Cronbach global e se o item for excluído – Nove itens	57
Tabela 7 – Correlação intraclasse e correlação de Pearson (r) entre fatores avaliados em instantes distintos	58
Tabela 8 – Medidas-resumo dos escores brutos e convertidos da satisfação	62
Tabela 9 – Medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por localização do procedimento – região frontal	63
Tabela 10 – Medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por localização do procedimento - pálpebra superior.....	64

Tabela 11 – Medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por localização do procedimento - pálpebra inferior	64
Tabela 12 – Correlação de Pearson entre a idade (anos) e número de intervenções.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

α	Alpha de Cronbach
ANOVA	Análise de variância
BCQ	<i>Body Checking Questionnaire</i>
BIAQ	<i>Body Image Avoidance Scale</i>
BIS	<i>Body Investment Scale</i>
CCI	Coefficiente de correlação intraclass
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DP	Desvio padrão
E1	Entrevistador 1
EBBIT	<i>Eating Behaviours and Body Image Test</i>
EPM	Escola Paulista de Medicina
EQ-5D	EuroQol-5D
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISAPS	<i>International Society of Aesthetic Plastic Surgery</i>
KMO	Coefficiente de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin
N	Número amostral
PRO	Patient-reported-outcomes
PROQOLID	Banco de Dados de Instrumentos de Resultados Relatados pelo Paciente e de Qualidade de Vida
PSI	Person Separation Index
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
r	Coefficiente de correlação linear de Pearson
SMAS	Sistema músculo aponeurótico superficial

SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STATA 12	STaTCorp, College Station, Texas, USA
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de Medicina

RESUMO

Introdução: A satisfação com a aparência e a melhoria da qualidade de vida são os principais desfechos em procedimentos estéticos faciais. Os instrumentos baseados na perspectiva do paciente (PRO) são considerados ferramentas importantes e de última geração em procedimentos estéticos cirúrgicos ou não cirúrgicos. **Objetivo:** Traduzir para a língua portuguesa do Brasil, adaptar culturalmente e validar a escala *Face-Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall*. **Método:** Cinquenta e oito mulheres, submetidas à ritidoplastia e a outros procedimentos de rejuvenescimento facial minimamente invasivos, foram selecionadas em três ambulatórios de cirurgia plástica da cidade de São Paulo, entre Julho de 2016 e Setembro de 2017. Vinte pacientes participaram da fase de adaptação cultural. A reprodutibilidade foi testada em 30 pacientes e a validade de construto em 57 pacientes (via validade divergente e análise fatorial). **Resultados:** A análise fatorial identificou dois fatores (Aparência geral e Geometria do rosto) com excelentes consistências internas ($\alpha=0,876$; $\alpha=0,903$), respectivamente. O escore total de satisfação compreendendo os nove itens apresentou excelente consistência interna ($\alpha=0,920$). Foi encontrada boa reprodutibilidade para o escore de satisfação: Aparência geral ($r=0,983$; CCI=0,983; $p<0,001$), Geometria ($r=0,980$; CCI=0,970; $p<0,001$) e, Total ($r=0,991$; CCI=0,989; $p<0,001$). Observou-se diferença nas médias de satisfação (total e fatores) por localização do procedimento frontal e pálpebra superior e inferior, e correlação entre aspectos da satisfação e idade e número de intervenções. **Conclusão:** A *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall* foi traduzida para o Português do Brasil, adaptada ao contexto cultural, e mostrou-se reprodutível, apresentando validade de face,

de conteúdo e de construto. A versão brasileira *FACE Q* – Satisfação Geral com a Aparência da Face é composta por nove itens e duas dimensões.

ABSTRACT

Introduction: Satisfaction with appearance and improvement in quality of life are major outcomes in facial aesthetic procedures. The instruments based on the perspective of the patient (PRO) are considered important and state-of-the-art tool in surgical or non-surgical esthetic procedures. **Objective:** To translate culturally and validate the Face-Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall scale into Portuguese. **Methods:** Fifty-eight women undergoing rhytidoplasty and other minimally invasive facial rejuvenation procedures were selected from three plastic surgery outpatient clinics in the city of São Paulo between July 2016 and September 2017. Twenty patients participated in the adaptation phase cultural. The reproducibility was tested in 30 patients and the construct validity in 57 patients (via divergent validity and factorial analysis). **Results:** Factor analysis identified two factors (General Appearance and Face Geometry) with excellent internal consistency ($\alpha = 0.876$; $\alpha = 0.903$), respectively. The total satisfaction score comprising the nine items presented excellent internal consistency ($\alpha = 0.920$). Intraobserver good reproducibility was found for the satisfaction score: General appearance ($r = 0.983$, CCI = 0.983, $p < 0.001$), Geometry ($r = 0.980$, CCI = 0.970, $p < 0.001$) and Total ($r = 0.991$; = 0.989, $p < 0.001$). There was a difference in the means of satisfaction (total and factors) by location of the frontal and upper and lower eyelid procedures, and correlation between satisfaction and age and number of interventions. **Conclusion:** FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall was translated into Brazilian Portuguese, adapted to the cultural context, and proved to be reproducible, presenting face, content and construct validity. The Brazilian

version is composed of nine items and two dimensions and has been called FACE Q – Satisfação Geral com a Aparência da Face.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Nenhuma região do corpo exprime o processo do envelhecimento de maneira tão visível como a face (PANCHAPAKESAN et al., 2013; COGLIANDRO, BARONE, PERSICHETTI, 2017). O envelhecimento é definido como um processo lento, progressivo e contínuo, resultante de alterações bioquímicas, morfológicas e fisiológicas que acometem a estética da pele, sendo dividido em envelhecimento intrínseco, ou cronológico e extrínseco (SAMPAIO & DE MORAES, 2010; SITUM & BULJAN, 2010; GUPTA & GUPTA, 2013).

O envelhecimento intrínseco está relacionado à idade e à genética do indivíduo, já esperado e inevitável, com mudanças na aparência e função normais da pele, devido à passagem do tempo. O envelhecimento extrínseco, também chamado de fotoenvelhecimento, é decorrente de fatores ambientais principalmente da radiação solar, sendo, portanto, mais danoso e agressivo à superfície da pele, degenerando as fibras elásticas e colágenas, alterando a pigmentação e causando rugas mais profundas. A radiação solar produz radicais livres altamente lesivos à pele e, com o passar do tempo, debilita-a de uma forma agressiva. Tais alterações no contorno facial têm implicações psicológicas, fisiológicas e estéticas (SAMPAIO & DE MORAES, 2010; SITUM & BULJAN, 2010; GUPTA & GUPTA, 2013; DOGRUK KACAR et al., 2014).

A busca pelo rejuvenescimento tem crescido com um aumento da demanda por cirurgias plásticas, em especial a ritidoplastia (ALVES et al., 2005; PANCHAPAKESAN et al., 2013; PUSIC et al., 2013; KLASSEN et al., 2014; SINNO et al., 2015; DE BRITO et al., 2016; HERSANT et al., 2016; HIBLER, SCHWITZER, ROSSI, 2016; KLASSEN et al., 2016a;

KLASSEN et al., 2016d; FLEURY et al., 2018). No mundo, em 2016, em relação ao ano de 2015, houve um aumento de 4% em ritidoplastias. Em 2016, segundo a Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS), o Brasil ficou em 1º lugar em procedimentos realizados na face de uma forma geral, e em 4º lugar ao considerar-se outros procedimentos de rejuvenescimento facial. Esse cenário não ocorre somente em pessoas entre os 40 e 60 anos, cuja média de idade costuma estar na faixa de 55 anos dos que procuram por ritidoplastias (ALVES et al., 2005; PUSIC et al., 2013; HIBLER et al., 2016). Pesquisa realizada pela ISAPS revelou que pessoas com idade mais avançada têm procurado procedimentos estéticos e cirúrgicos de rejuvenescimento facial. Nos Estados Unidos, quase 10% dos indivíduos que realizaram cirurgia plástica facial, tinham em média 63 anos (SINNO et al., 2015; KAPPOS et al., 2017). No Brasil, nos últimos 13 anos, a expectativa de vida cresceu cerca de cinco anos e, cada vez mais, os mais idosos pensam em rejuvenescer para manter, ou alcançar uma melhora na qualidade de vida. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o número de pessoas com mais de 65 anos é de 58,4 milhões, e acredita-se que até 2060 a expectativa de vida deverá passar de 75 para 81 anos (BBC BRASIL, 2013).

Não obstante, nas últimas décadas, o envelhecimento começou a adquirir cada vez mais uma conotação negativa. Aspectos intrínsecos a esta fase são muitas vezes considerados como um problema médico e social, que precisa ser tratado por profissionais de saúde (ALVES et al., 2005; SABINO NETO et al., 2007; DE BRITO et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2018). Por outro lado, a ideia de que a própria idade cronológica não sinaliza o início do envelhecimento, e que se pode ser mais velho sem os sinais do envelhecimento, tornou-se cada vez mais prevalente. Isso leva a um grande

investimento, e muitas vezes à insatisfação da imagem corporal (DE BRITO et al., 2016; JOSEPH et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2018; VAN DER LEI & BOUMAN, 2018).

Dessa forma, procedimentos minimamente invasivos tais como o uso de substâncias biocompatíveis para preencher os sulcos e rugas da pele são cada vez mais usados no processo de rejuvenescimento da aparência que, minimizam e atenuam de fato o processo do envelhecimento (SITUM & BULJAN, 2010; IORIO et al., 2012; SUCUPIRA & ABRAMOVITZ, 2012; GUPTA & GUPTA, 2013; DOGRUK KACAR et al., 2014; CHANG et al., 2016; HIBLER et al., 2016; KAPPOS et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2018). Em 2017, segundo a *American Society of Plastic Surgeons* (ASPS), houve um aumento de 2% nos procedimentos estéticos faciais minimamente invasivos quando comparado esse percentual em relação a 2016.

Outro fenômeno atual é o surgimento de um grande número de indivíduos que tem apresentado preocupações com o envelhecimento em uma idade muito precoce. Um estudo em população não clínica identificou que, mais de 50% das mulheres com idade abaixo de 30 anos relatou insatisfação com a aparência da pele e rugas, aspectos relacionados ao envelhecimento (GUPTA & GUPTA, 2013). Essa tendência, em indivíduos mais jovens de buscar tratamentos para rejuvenescimento cutâneo, enfatiza ainda mais a necessidade de avaliar a insatisfação da imagem corporal, e a importância da inclusão na prática clínica de instrumentos que mensuram resultados sob a perspectiva do paciente (PRO), na medida em que, alguns indivíduos podem ter expectativas irrealistas em relação ao que procuram e ao que o próprio tratamento tem para oferecer (DE BRITO et al., 2016; JOSEPH et al., 2017; FLEURY et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2018; VAN DER LEI & BOUMAN, 2018).

A preocupação com o envelhecimento pode ainda expressar-se como queixa vaga, em pacientes com excessiva preocupação com a aparência (VAN DER LEI & BOUMAN, 2018), revelando a faceta sociocultural da preocupação com a aparência jovem e imutável ao tempo por um lado, e o medo da finitude por outro (OLIVEIRA et al., 2018). Os olhos e a face foram áreas de insatisfação corporal reveladas em indivíduos com sintomas de transtorno dismórfico corporal (TDC) que buscaram a ritidoplastia, evidenciando possível associação com a percepção do envelhecimento (DE BRITO et al., 2016; JOSEPH et al., 2017).

Por outro lado, com o aumento do número de procedimentos realizados no mundo, tem havido uma contínua evolução e aprimoramento das técnicas cirúrgicas, nomeadamente das ritidoplastias (KLASSEN et al., 2010; SINNO et al., 2015; FLEURY et al., 2018; VAN DER LEI & BOUMAN, 2018), sendo que, a satisfação dos pacientes e os indicadores de sua qualidade de vida são consideradas as variáveis mais significativas na avaliação do sucesso cirúrgico de procedimentos faciais (KLASSEN et al., 2010; PANCHAPAKESAN et al., 2013; PUSIC et al., 2013; BARONE et al., 2015; SINNO et al., 2015; VAN DER LEI & BOUMAN, 2018). Assim, a satisfação com a aparência facial é, sem dúvida, o desfecho mais importante para os pacientes de rejuvenescimento facial (HERSANT et al., 2016); não obstante, as pesquisas que avaliam resultados sob a perspectiva do paciente são ainda limitadas (HONIGMAN, PHILLIPS, CASTLE, 2004; KOSOWSKI et al., 2009; SHRIDHARANI et al., 2010; PUSIC et al., 2013; KAPPOS et al., 2017).

Resultados mensurados a partir dessa perspectiva são particularmente importantes em cirurgia plástica, cujo principal propósito é a satisfação do paciente e a melhora da sua qualidade de vida de uma forma geral (SLEVIN

et al., 1988; CANO, BROWNE, LAMPING, 2004; IORIO et al., 2012; KLASSEN et al., 2014). Essa mensuração é ainda fundamental para a tomada da melhor decisão clínica, para o processo do consentimento informado e gerenciamento de expectativas pós-cirúrgicas, para avaliar a satisfação e a eficácia do tratamento, ou para determinar o custo das intervenções realizadas (KOSOWSKI et al., 2009; CANO et al., 2010; BARONE et al., 2015; SINNO et al., 2015; CHEN et al., 2017; KAPPOS et al., 2017; FLEURY et al., 2018). Mais recentemente, a ênfase na prática baseada em evidências tem sido combinada com este novo foco de indicadores, como a satisfação do paciente com o tratamento e a qualidade de vida relacionada à saúde, e a atenção às motivações e expectativas consistentes com a própria tomada de decisão dos pacientes (FLEURY et al., 2018; VAN DER LEI & BOUMAN, 2018).

Dentro desse contexto, novos instrumentos vêm sendo desenvolvidos, denominados instrumentos PRO (Patient-Reported Outcomes), que oferecem a possibilidade de quantificar com rigor os resultados do ponto de vista do paciente, com o intuito de identificar também o avanço técnico e o atendimento clínico. Incluem conceitos como sintomas, satisfação, imagem corporal e qualidade de vida relacionada à saúde (um termo multidimensional como um guarda-chuva que representa a percepção do paciente quanto ao efeito geral de determinado tratamento nos aspectos físicos, psicológicos e sociais) (KLASSEN et al., 2010; PUSIC et al., 2013).

Para resolver a escassez de instrumentos PRO disponíveis para cirurgias plásticas e dermatologistas, KLASSEN et al. (2010) desenvolveram o *Face-Q* - um conjunto de escalas - para uso em pacientes submetidos a procedimentos estéticos e cirúrgicos da face. O *Face-Q* inclui assim uma variedade de escalas que, podem ser utilizadas de forma

independente por clínicos e pesquisadores (KLASSEN et al., 2010). Em 2013, PUSIC et al. descreveram o desenvolvimento (KLASSEN et al., 2010) e apresentaram a avaliação psicométrica do núcleo do FACE-Q – *Satisfaction with Facial Appearance Scale*. Essa escala foi desenvolvida para ser relevante para todos os pacientes de estética facial, independentemente do número ou tipo de procedimentos realizados (KLASSEN et al., 2010), mostrando a sua relevância clínica. Segundo os mesmos autores, uma escala chave de resultados do paciente no FACE-Q é a *Satisfaction with Facial Appearance Overall*. A avaliação das propriedades psicométricas com métodos modernos e tradicionais revelou a qualidade metodológica da nova escala de dez itens, que avalia a satisfação utilizando descritores como simetria, harmonia e proporção, assim como cenários referentes de fotografia e tipo de iluminação (PUSIC et al., 2013). Segundo CHANG et al. (2016), o que diferencia o FACE-Q dos outros questionários PRO é a sua abrangência. Além de capturar mudanças na satisfação dos pacientes com a sua aparência facial global devido à intervenção estética, pode avaliar a satisfação de regiões faciais específicas e, além disso, avaliar a percepção dos pacientes sobre a aparência da idade. Essa amplitude elimina a necessidade de combinar múltiplos instrumentos (CHANG et al., 2016).

Todavia, para que um instrumento avalie a qualidade de vida de uma população é necessário que tenha sido traduzido e adaptado ao contexto cultural dessa mesma população (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON et al., 2000; EPSTEIN, SANTO, GUILLEMIN, 2015; COGLIANDRO et al., 2017). Além disso, as suas propriedades de medida devem ter sido demonstradas (FITZPATRICK et al., 1999; JORGE et al., 2008; ALDERMAN & CHUNG, 2009; DE BRITO et al., 2015; RAMOS et al., 2016; FELIX et al., 2017; SUCUPIRA

et al., 2017). O emprego de questionários de qualidade de vida tem sido muito útil para dar maior objetividade à avaliação de resultados de tratamentos (SLEVIN et al., 1988; GUYATT, FEENY, PATRICK, 1993; KLASSEN et al., 1999; GARRATT et al., 2002; ALVES et al., 2005; PUSIC et al., 2013).

Dessa forma, a tradução da *escala Satisfaction with Facial Appearance Overall* do *Face-Q* para a língua portuguesa do Brasil, bem como a sua adaptação e validação cultural, poderá contribuir com a mais valia de um novo instrumento PRO seguro, confiável e específico para a avaliação dos resultados de satisfação da cirurgia plástica facial.

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

Traduzir para a língua portuguesa do Brasil, adaptar culturalmente e validar a escala *FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall*.

3 LITERATURA

3 LITERATURA

GOIN, BURGOYNE, GOIN (1976) publicaram estudo em que foi utilizado o instrumento *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* para pesquisar as alterações de personalidade em pacientes que desejavam submeter-se à ritidoplastia. Cerca de 20% demonstraram alterações de personalidade. Os resultados mostraram que 75% das pacientes tendiam a negar ou não valorizar a possibilidade de complicações pós-operatórias, mesmo quando exaustivamente orientadas a esse respeito.

GOIN et al. (1980) realizaram estudo prospectivo com 50 pacientes submetidas à ritidoplastia. Foram utilizados os instrumentos: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, escala de Depressão de *Beck* e escala *Fundamental Interpersonal Relationship Orientation-Behavior* para avaliar alterações de personalidade e comportamento que, foram observadas em 24% dos casos. Após a cirurgia, os resultados mostraram que 54% das pacientes evoluíram com depressão e ansiedade e 28% tiveram melhora da autoestima.

CORNEY & CLARE (1985) relataram a importância, a facilidade e os baixos custos no uso de questionários autoaplicáveis para triagem de aspectos psicológicos. Mostraram também os passos para a construção, medidas de validade (testar diferenças de escores entre diferentes grupos de pacientes) e reprodutibilidade (aplicar duas ou mais vezes o teste e comparar escores) dos questionários.

BURK, ZELEN, TERINO (1985) levantaram a hipótese de que pacientes que procuravam por cirurgia estética tinham boa autoestima,

apresentando apenas uma inconsistência quando comparavam a autoestima geral e a autoestima em relação à parte do corpo que desejavam operar. Para avaliar se a cirurgia estética poderia amenizar essa inconsistência, os autores fizeram estudo prospectivo com 40 pacientes que desejavam realizar cirurgia estética de nariz, rugas e mama. Essas pacientes foram avaliadas na fase pré-operatória e após dois e quatro meses de cirurgia com dois instrumentos independentes: *Semantic Differential Test*, que avaliava a relação entre o conceito que a paciente tinha do seu corpo e da região corporal a ser operada, e o *Tennessee Self Concept Scale*, dividido em três subescalas: *Personal Self Scale*, *Physical Self Scale* e *Self Criticism Scale*. Concluíram que havia melhora da autoestima física (região corporal específica) e diminuição da diferença entre a autoestima geral e física após a cirurgia.

SLEVIN et al. (1988) aplicaram questionários genéricos e específicos de qualidade de vida para avaliar a ansiedade e a depressão, em um grupo de 108 pacientes e seus respectivos médicos, e por diferentes médicos em épocas não distantes. Os médicos deveriam preencher os questionários anotando o que acreditavam que seus pacientes responderiam. Demonstraram que os escores dos médicos e seus pacientes coincidiram em menos de 30%, sendo também muito diferentes entre os próprios médicos. Concluíram que a qualidade de vida (QV) deveria ser avaliada pelo próprio paciente.

NAPOLEON & LEWIS (1989) fizeram estudo da autoestima de pacientes candidatas à cirurgia plástica e afirmaram que a “aparência” (imagem corporal) era o componente responsável por grande parte da constituição da autoestima daquelas pacientes.

GUYATT et al. (1993) defenderam a utilização do conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Segundo os autores, havia outros aspectos importantes para a QV que, não estavam relacionados à saúde: liberdade, sucesso, valores materiais, meio ambiente e religião. Descreveram os objetivos (discriminação, previsão ou evolução), as propriedades de medida (reprodutibilidade, validade e responsividade) e os tipos (genéricos e específicos) dos instrumentos para avaliação da QVRS.

GUILLEMIN et al. (1993) fizeram uma revisão da literatura com o objetivo de analisar ferramentas de avaliação da QV, para que pudessem ser utilizadas em diferentes idiomas e culturas. Desenvolveram um guia de normatização e diretrizes para realizar a adaptação cultural, a fim de preservar a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual da versão original. Assim, recomendaram a metodologia de tradução e adaptação cultural do instrumento incluindo, no mínimo, duas traduções iniciais, revisão dessas traduções por um grupo multidisciplinar, duas retrotraduções para o idioma original e um pré-teste na população alvo para verificação do entendimento dos itens. Uma abordagem de várias etapas envolvendo um centralizado processo de revisão foi indicada.

GUILLEMIN (1995) relatou que a adaptação cultural e a validação eram processos longos e de custo razoável. Ele lembrou que o conceito de saúde não era simples de capturar e que a adaptação cultural deveria manter-se equivalente, preservando todos os aspectos da validade de respostas.

GUYATT (1995) citou a importância para os médicos e gerenciadores da área de saúde dos instrumentos de medida de QV para orientar seus pacientes, bem como para determinar decisões a serem adotadas.

FERRAZ (1998) publicou um artigo sobre o conceito e a história do termo QV. Relatou a importância da chamada medicina baseada em evidências, ou seja, baseada nos melhores parâmetros de avaliação dos resultados médicos.

KLASSEN et al. (1999) ressaltaram que a cirurgia plástica era uma intervenção controversa porque, geralmente, era vista com menos prioridade. Analisaram duas medidas de avaliação de QV: *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) e *EuroQol* (EQ-5D), para verificar a eficácia da cirurgia plástica na QV. Relataram que, de uma maneira geral, os pacientes tiveram benefícios em diferentes dimensões da saúde relacionada à QV, como melhora na saúde mental. Esse estudo foi importante na medida em que demonstrou o constrangimento, a angústia psicológica e as dificuldades sociais, como resultado de problemas acerca da aparência com a qual os pacientes apresentaram-se à cirurgia plástica. Analisando os dois instrumentos, concluíram que o EQ-5D foi menos sensível a mudanças do que o SF-36.

FITZPATRICK et al. (1999), em estudo sobre instrumentos de avaliação de QV 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, seria importante levar em consideração critérios como conveniência, validade, confiabilidade, precisão, interpretação, aceitabilidade e viabilidade na escolha do instrumento mais adequado.

FERREIRA (2000) referiu que a satisfação dos pacientes talvez fosse o critério mais importante na avaliação dos resultados de procedimentos estéticos. Inicialmente considerada pouco científica, a satisfação dos pacientes passou a ter grande importância nos estudos de medida de resultados (*outcome studies*), especialmente através do uso de instrumentos validados e adaptados.

BEATON et al. (2000) assinalaram a importância da adaptação cultural de instrumentos para medir as condições de saúde em razão do crescente número de projetos de pesquisa multiculturais. A adaptação de um questionário para utilização em uma nova configuração era um processo demorado e dispendioso. No entanto, os autores acreditavam ser a melhor maneira de se obter uma métrica equivalente, permitindo, dessa forma, que os esforços de coleta de dados fossem os mesmos em estudos internacionais. Os autores recomendaram a realização da tradução inicial, da síntese das traduções realizada por tradutores e um terceiro observador, da retrotradução, da revisão pelo comitê de especialistas e do teste da versão final.

GARRAT et al. (2002), em revisão de literatura sobre publicações com questionários de QV — os mais usados em pesquisa de resultados em saúde - concluíram que 30% foram realizadas em oncologia, reumatologia, desordens músculo-esqueléticas e, também, em população idosa. Essas áreas tinham uma história de avaliação de QV e uma política que promoveu o uso desses questionários específicos em suas pesquisas. Portanto, segundo os autores, o crescimento ainda não havia sido concentrado em especialidades e problemas de saúde, mas sim, em torno do desenvolvimento de medidas específicas de doenças

ou populações. Dezesseis por cento usaram questionários genéricos. Os autores consideraram importante avaliar o impacto no estado de saúde e, principalmente, na QV do paciente, para uma completa avaliação dos benefícios de uma intervenção.

CHING et al. (2003) fizeram um levantamento criterioso da literatura para identificar instrumentos apropriados para avaliar resultados em cirurgia plástica, tendo em vista a validade, reprodutibilidade e sensibilidade. Identificaram a QV e a imagem corporal, como sendo de grande valor em determinar resultados em cirurgia plástica, sugerindo a autoestima e a imagem corporal como os instrumentos psicológicos mais apropriados para essa avaliação. Segundo os autores, os instrumentos genéricos tinham pouca sensibilidade para detectar mudanças que não fossem apenas físicas, em procedimentos que eram predominantemente estéticos, como era o caso do SF-36.

CANO et al. (2004) realizaram uma revisão da literatura e concluíram que, devido ao impacto psicossocial e clínico causado pela cirurgia plástica, bem como o número de técnicas utilizadas e a diversidade de sucessos, seria importante e necessária a utilização de medidas de resultados baseados na perspectiva do paciente, tanto sob o ponto de vista genérico quanto específico. Essa heterogeneidade introduziu a complexidade e dificuldade no desenvolvimento dessas medidas de avaliação. Na cirurgia plástica foi sugerida a perspectiva do paciente, em termos de satisfação — único método apropriado para avaliar a QV.

ALVES et al. (2005) avaliaram a QV e a autoestima de 32 mulheres, com idades entre 46 e 68 anos, com média de 55,1 anos, após dois e seis

meses de uma ritidoplastia. Observaram melhora significativa em quatro dos oitos domínios do SF-36 (percepção da saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental) e na autoestima da escala de Autoestima *Rosenberg* UNIFESP/EPM. Concluíram que a ritidoplastia conferia melhora substancial no estado de saúde e no funcionamento psicológico das pacientes aumentando a QV e a autoestima.

ACQUADRO et al. (2008), numa revisão da literatura sobre os métodos e protocolos atuais de tradução de questionários de QV, encontraram 17 protocolos de tradução e 22 artigos de revisão. Relataram que a disponibilidade de diretrizes padronizadas e procedimentos de revisão centralizados podiam melhorar a qualidade das traduções. Observaram alguma evidência de que um processo rigoroso e com várias etapas produzia melhores traduções. Além disso, as pessoas envolvidas no processo de tradução eram essenciais na determinação do desempenho do questionário em um novo país ou cultura. Por conseguinte, para garantir a credibilidade do método, os pesquisadores precisavam descrever especificamente o processo utilizado e justificar seus critérios de recrutamento. Embora não tivessem encontrado evidência a favor de um método específico de tradução, aconselharam os pesquisadores a adotar uma abordagem com várias etapas como garantia de qualidade.

KOSOWSKI et al. (2009), em revisão sistemática, identificaram instrumentos de resultados relatados pelo paciente (PRO) validados para procedimentos estéticos cirúrgicos e não cirúrgicos. De 442 artigos, foram identificados 47 que usaram medidas PRO para avaliação da aparência facial sendo que, apenas nove apresentavam critérios de elegibilidade. Os instrumentos foram divididos: rinoplastia (*Rhinoplasty Outcomes*

Evaluation, Glasgow Benefit Inventory, Facial Appearance Sorting Test), rejuvenescimento da pele (*Facial Lines Treatment Satisfaction Questionnaire, Skin Rejuvenation Outcomes Evaluation, Facial Lines Outcomes Questionnaire*), ritidoplastia (*Facelift Outcomes Evaluation*), blefaroplastia (*Rhinoplasty Outcomes Evaluation*) e aparência geral (*Derriford Appearance Scale 59*). Concluíram que, instrumentos válidos, confiáveis e responsivos projetados para medir resultados relatados pelo paciente após rejuvenescimento facial cirúrgico e não cirúrgico eram escassos. Instrumentos validados facilitariam a comparação de técnicas e quantificação de efeitos positivos e auxiliariam os cirurgiões a quantificar resultados em suas próprias práticas.

KLASSEN et al. (2010) desenvolveram o conteúdo de um conjunto de escalas PRO, que denominaram FACE-Q, para avaliação de pacientes submetidos a tratamentos estéticos faciais. Nesse artigo, os autores relataram a primeira das três fases: identificar os conceitos-chave e construir itens e escalas preliminares para medir os conceitos que formaram a estrutura conceitual. Essa fase incluiu uma ampla e rigorosa revisão da literatura, entrevistas qualitativas aprofundadas com pacientes e a opinião de especialistas com conhecimento e experiência na área. A estrutura conceitual do FACE-Q ficou constituída por quatro escalas, subdivididas em 11 subescalas e incluiu os seguintes temas: satisfação com a aparência da face, qualidade de vida relacionada à saúde, recuperação, impacto da qualidade de vida, efeitos adversos e satisfação com o procedimento cirúrgico. Foram desenvolvidas escalas separadas para todas as partes da face (por exemplo, nariz, orelhas, testa, bochechas, etc.) em vez de procedimentos faciais específicos. Segundo os autores, uma escala chave de resultados do paciente no FACE-Q seria a *Satisfaction with Facial Appearance Overall*. Essa escala

foi desenvolvida para ser relevante para todos os pacientes de estética facial, independentemente do número ou tipo de procedimentos sofridos.

IORIO et al. (2012) administraram o FACE – Q - *Satisfaction with Facial Appearance Overall Scale* em 11 pacientes que se submeteram ao rejuvenescimento facial não cirúrgico (toxina botulínica A e ácido hialurônico) antes e uma semana após, como parte do treinamento de estética facial de residentes de cirurgia plástica. Houve melhora na aparência facial quando comparados os dois momentos ($P < 0,037$), sendo que, 91% dos pacientes mostraram-se satisfeitos, ou muito satisfeitos, com a aparência geral da face após a intervenção. Apesar da inexperiência, e do conhecimento por parte dos pacientes de que foram os residentes que realizaram os procedimentos, a experiência de todos como um todo apoiou o uso do FACE-Q para otimizar e endossar clínicas de residência de cirurgia plástica.

PUSIC et al. (2013) apresentaram um novo instrumento PRO denominado FACE-Q e suas escalas, que são independentes entre si, para avaliar resultados sob a perspectiva dos pacientes que, se submeteram a tipos de procedimentos estéticos faciais cirúrgicos, ou minimamente invasivos. O artigo mostrou o desenvolvimento e a avaliação psicométrica do núcleo do FACE – Q, chamado *Satisfaction with Facial Appearance Scale*. Os autores referiram a primeira fase do desenvolvimento do FACE-Q, publicada em artigo anterior, e descreveram a segunda fase que foi a avaliação psicométrica na população alvo. Num primeiro momento, foram utilizados métodos qualitativos para identificar os conceitos mais importantes na ampla revisão de literatura, nas entrevistas de pacientes que receberam procedimentos estéticos faciais em clínicas de cirurgia plástica e de dermatologia dos Estados Unidos e Canadá (n=50). Os participantes tinham

entre 20 e 79 anos, com média de idade de 51 anos, que se submeteram a um ou mais procedimentos faciais. Essas entrevistas geraram a estrutura conceitual que retratava conceitos importantes de pacientes estéticos faciais (o bem estar, psicológico e social, a recuperação e efeitos adversos, a avaliação das áreas faciais e o processo de cuidado, tendo como núcleo de estrutura conceitual a satisfação com a aparência facial geral). Para desenvolver os itens, que cobriam os conceitos e eram comuns a todos os pacientes por um lado, e específicos para cada grupo por outro lado, foram examinadas as frases dos pacientes que, por sua vez, foram associadas a características específicas como tipo de procedimento, idade e gênero. O conjunto de itens foi mapeado num *continuum* para cada conceito principal. Instruções e opções de resposta foram desenvolvidas para cada escala. As escalas foram então apresentadas a 26 especialistas (15 cirurgiões plásticos, quatro dermatologistas, três psicólogos e quatro funcionários do escritório) para avaliar e aperfeiçoá-las. Ao mesmo tempo, 35 pacientes de estética facial participaram da entrevista de equivalência cognitiva (pré-teste ou adaptação cultural) para identificar ambiguidades no vocabulário e confirmar a adequação, aceitabilidade e tempo de conclusão das escalas preliminares. O processo resultou no desenvolvimento de um conjunto de escalas de funcionamento independente que mediam os conceitos que formavam a estrutura conceitual, a saber: escalas de avaliação da aparência com 22 subescalas, entre elas a aparência facial geral, escalas da qualidade de vida com seis subescalas, listas de verificação de efeitos adversos para tratamento com oito subescalas e escalas do processo de cuidado com cinco subescalas. De acordo com os autores, a subescala aparência facial geral e as escalas da qualidade de vida e do processo de cuidado eram relevantes para todos os pacientes. Não obstante, os resultados deste artigo referiram-se unicamente à escala *Satisfaction With Facial Appearance Scale*. A escala foi

desenvolvida para uso em pesquisa e na clínica para comparar resultados acerca de tipos de procedimentos e/ou para medir mudanças antes e após qualquer procedimento estético facial. Essa escala era composta por dez itens que avaliavam satisfação, utilizando-se os descritores simetria, equilíbrio ou harmonia e proporção, ou cenários como fotos e iluminação. As respostas aos itens em cada escala foram convertidas em um resultado de zero a 100. Escores altos indicaram grande satisfação ou, melhor qualidade de vida. A *Satisfaction With Facial Appearance Scale* ao lado das outras escalas do FACE-Q fizeram parte de um ensaio clínico que envolveu 100 pacientes da França, Alemanha, Reino Unido e Israel, que preencheram as escalas antes e após a cirurgia. A Mapi (*MARChés et Prospectives Internationaux [International Prospects and Markets in English]*) fez as traduções e validações linguísticas das escalas do FACE-Q, ou seja, os conceitos eram equivalentes nas línguas inglesa, francesa, alemã e hebraica e facilmente compreensíveis para a população alvo do respectivo país. A fase dois, também chamada pelos autores de quantitativa, avaliou 167 (78%) pacientes dos 360 selecionados, entre 18 e 85 anos. A análise *Rash* mostrou que a *Satisfaction With Facial Appearance Scale* era uma medida confiável e válida de satisfação com a aparência facial. O valor de *Person Separation Index* (PSI), uma medida equivalente ao *alpha* de Cronbach, foi de 0,92. Valores acima de 0,70 indicavam confiabilidade adequada, segundo os autores. Considerando-se a análise da psicometria tradicional, a *Satisfaction With Facial Appearance Scale* apresentou consistência interna com um $\alpha=0,95$. Noventa e seis pacientes completaram a avaliação pré-cirúrgica e após seis meses revelaram satisfação com a aparência física ($P<0,0001$). Essa diferença estatística foi associada a tamanhos de efeito moderados (tamanho de efeito=0,68 e padrão médio de resposta =0,50). De acordo com os autores,

a escala era um instrumento curto, fácil de completar, confiável, válido e responsivo.

PANCHAPAKESAN et al. (2013) assinalaram que as medidas de resultado mais importantes para pacientes submetidos a procedimentos faciais estéticos eram a qualidade de vida e a satisfação com a aparência. Segundo os autores, o FACE-Q, um novo instrumento PRO, composto por escalas de funcionamento independente, foi projetado para medir uma ampla gama de resultados em pacientes submetidos a procedimentos estéticos cirúrgicos e não cirúrgicos. Os autores descreveram o desenvolvimento e a avaliação psicométrica do FACE-Q - *Aging Appraisal Scale* (sete itens) e FACE-Q - *Patient-Perceived Age Visual Analog Scale* (VAS) (um item) em várias etapas. Num primeiro momento, foram utilizados métodos qualitativos para identificar os conceitos mais importantes na ampla revisão de literatura, nas entrevistas de pacientes que receberam procedimentos estéticos faciais em clínicas de cirurgia plástica e de dermatologia dos Estados Unidos e Canadá (N=50) e opinião de especialistas (15 cirurgiões plásticos, quatro dermatologistas, três psicólogos e quatro funcionários do escritório) que, por sua vez, foram transformados em itens. Estes itens foram aplicados a 35 pacientes (entrevistas cognitivas, ou pré-teste). Numa fase seguinte as escalas resultantes foram então testadas em 288 pacientes, com idade entre 28 e 89 anos, submetidos a procedimentos estéticos faciais cirúrgicos e não cirúrgicos de diferentes clínicas de cirurgia plástica e dermatologia de New York, Washington, St Louis, Dallas e Atlanta (Estados Unidos) e Vancouver (Canadá). A teoria de medida de *Rasch* e métodos psicométricos tradicionais confirmaram a confiabilidade e a validade das escalas ($\alpha=0,92$). Concluíram que ambas as escalas permitiam avaliações

precisas de resultados em pacientes submetidos a procedimentos estéticos faciais.

KLASSEN et al. (2014) descreveram o desenvolvimento e a validação de cinco escalas (*Satisfaction with Cheeks, Satisfaction with Lower Face and Jawline, Appraisal of Nasolabial Folds, Appraisal of Area Under the Chin e Appraisal of the Neck*) e a lista de verificação de eventos adversos do FACE-Q, para pacientes que iriam submeter-se à ritidoplastia. Um teste de campo dessas escalas foi realizado numa amostra de 225 pacientes de ritidoplastia que foram avaliados usando métodos psicométricos modernos e tradicionais. As escalas mostraram-se confiáveis e válidas às mudanças clínicas. Esses achados foram suportados pela análise da teoria de medida de *Rasch*. A análise de responsividade mostrou que os escores dos pacientes para aparência facial melhoraram significativamente após o tratamento ($P < 0,01$); mudanças nos escores foram associadas com tamanho moderado de efeito. Estatísticas psicométricas tradicionais deram mais suporte ($\alpha \geq 0,94$). Concluíram que as escalas de avaliação da aparência FACE-Q eram cientificamente sólidas e clinicamente significativas, podendo ser usadas em conjunto com a lista de verificação dos efeitos adversos para medir os resultados considerando a perspectiva do paciente após a ritidoplastia.

EPSTEIN et al. (2015) revisaram a base de dados bibliográficos interdisciplinares para artigos sobre métodos e orientações para a adaptação cultural de questionários. Foram identificados 31 diretrizes e não encontraram consenso sobre os métodos de adaptação cultural. A maioria dos métodos incluíram o uso de comitês, grupos focados e retrotradução. Até àquela data não existia evidência para os melhores métodos, embora indicassem que a retrotradução podia não ser obrigatória. De acordo somente

com os especialistas, a maioria das diretrizes conseguia resultados comparáveis e a escolha era uma questão de preferência e logística. No entanto, eram necessárias mais evidências para apoiar tais recomendações. Adaptação cultural e validação de um questionário eram dois processos diferentes que deviam ser distinguidos e realizados com prudência.

FURLANI (2015) traduziram e adaptaram culturalmente para o português do Brasil o questionário *Facial Outcome Evaluation*. Para tanto, foi realizada a tradução e a adaptação cultural para a língua portuguesa, na qual existiam cinco estágios. Estágio 1 - tradução por meio de dois tradutores nativos de língua portuguesa. Estágio 2 - confecção de versão de síntese. Estágio 3 - tradução reversa por dois tradutores nativos de língua inglesa. Estágio 4 - revisão por um comitê avaliador. Estágio 5 - aplicação a uma população de 20 pessoas. Não houve grandes dificuldades para a tradução dos questionários devido à pequena quantidade de expressões sem tradução conhecida para a língua portuguesa.

BARONE et al. (2015) destacaram o aumento da demanda por procedimentos estéticos e cirúrgicos e a importância da perspectiva do paciente sobre os resultados do tratamento. O FACE-Q e suas escalas deveriam ser incorporados em pesquisa e na prática clínica de rotina, para entender melhor tanto o processo de recuperação quanto a qualidade do impacto dos tratamentos na vida dos pacientes que se submetiam a procedimentos estéticos faciais.

SINNO et al. (2015) avaliaram 53 pacientes, entre 50 e 80 anos, com média de idade de 63 anos, entre três a 72 meses após a ritidoplastia. As escalas do FACE-Q utilizadas foram: *Satisfaction with Facial Appearance*

Overall que media a satisfação do paciente com a aparência geral da face; *Social Function* com sentenças positivas que mediam a confiança social; *Psychological Well-being* com sentenças positivas que mediam o bem-estar psicológico; *Satisfaction with Outcome* que media a satisfação do paciente com o resultado geral do procedimento; *Satisfaction with Decision* que media a satisfação do paciente com a sua decisão de submeter-se ao procedimento; *Early Life Impact* que determinava os resultados da recuperação após o procedimento; *Aging Appraisal Visual Analogue Scale* com perguntas sobre o quanto a própria aparência seria mais velha quando comparada à idade atual (em anos) e *Area-Specific Appearance Appraisal* com cinco subescalas que avaliavam a satisfação com áreas faciais específicas. Os pacientes demonstraram satisfação com a aparência facial ($80,7 \pm 22,3$) e níveis altos de QV quanto à confiança social ($90,4 \pm 16,6$), ao bem-estar psicológico ($92,8 \pm 14,3$) e ao impacto imediato sobre a QV ($92,2 \pm 16,4$). Os pacientes também se mostraram muito satisfeitos com a própria decisão da ritidoplastia ($90,5 \pm 15,9$). Em média, os pacientes consideraram ter rejuvenescido cerca de 6,9 anos, um resultado de 3,8 anos mais jovem do que o relatado anteriormente na literatura. Ainda, revelaram satisfação com partes específicas da face como dobras nasolabiais, bochechas, ou queixo, quando comparadas ao pescoço e à área abaixo do queixo. Escores altos indicaram satisfação com a aparência, com o processo de cuidado (resultado ou decisão), ou nível elevado de QV (confiança social, bem-estar psicológico e impacto imediato sobre a QV). Segundo os autores, mais do que a superioridade de uma técnica cirúrgica sobre a outra, seria a habilidade e a experiência do cirurgião com essas técnicas que poderia provocar um resultado de satisfação em pacientes adequadamente selecionados.

SCHWITZER et al. (2015b) avaliaram 56 pacientes, entre 16 e 61 anos, média de $29,4 \pm 11,1$ anos, a maioria do gênero feminino (71,4%), que foram submetidos à rinoplastia e responderam às escalas do FACE-Q: *Satisfaction with Facial Appearance Overall*, *Satisfaction with Nose*, *Psychological Well-being* e *Social Function*. Após a cirurgia, os autores observaram melhora da satisfação com a aparência da face ($P < 0,01$), bem-estar psicológico ($P < 0,01$) e funcionamento social ($P = 0,03$). A satisfação com o nariz em si aumentou, bem como com a sua aparência no espelho ($P < 0,01$), tamanho ($P < 0,01$), forma ($P < 0,01$), perfil ($P < 0,01$) e em fotografias ($P < 0,01$). Apenas 14 pacientes completaram a avaliação do pré e pós-operatório (um ano de *follow up*). Houve melhora em todas as escalas. Essa diferença foi significativa na satisfação com a aparência facial ($N = 14$; $P < 0,01$), funcionamento social ($N = 13$; $P = 0,01$) e bem-estar psicológico ($N = 13$; $P = 0,03$). A satisfação com o nariz melhorou ($N = 12$), considerando-se o tamanho ($P < 0,01$), a forma, ($P < 0,01$), o perfil ($P < 0,01$), ao olhar-se no espelho ($P < 0,01$) e em fotografias ($P < 0,01$).

SCHWITZER et al. (2015a) identificaram a influência de variáveis demográficas na percepção da satisfação com a aparência e a qualidade de vida de 59 pacientes, após a rinoplastia. A média de idade dos pacientes era de $30,1 \pm 11,1$ anos e a maioria era de cor branca (71,2%). Utilizaram o FACE-Q: *Satisfaction with Facial Appearance Overall*, *Satisfaction with Nose*, *Social Function* e *Psychological Well-being*. As mulheres demonstraram melhoria na satisfação com a aparência facial e QV, enquanto os homens apenas apresentaram melhora significativa na satisfação com a aparência facial. Considerando-se a raça, os caucasianos revelaram aumento de satisfação com a aparência facial e QV quando comparados aos não caucasianos. Pacientes com menos de 35 anos melhoraram mais na

satisfação com a aparência facial e QV em relação aos mais velhos. Pacientes com renda maior ou igual a 100 mil dólares ($\geq \$100,000$) tiveram maior aumento na satisfação com a aparência facial e QV do que aqueles com renda inferior a 100 mil dólares ($< \$100,000$). Concluíram que as variáveis gênero, raça/etnia, idade e renda familiar eram preditores potenciais das diferenças de satisfação.

KLASSEN, CANO, PUSIC (2016c) assinalaram que, os instrumentos PRO eram usados na prática clínica, em pesquisas de eficácia comparativas e nas discussões com órgãos reguladores, tendo em vista a abordagem baseada em evidências para o tratamento. Para resolver a falta de instrumentos PRO disponíveis para cirurgiões plásticos e dermatologistas, desenvolveram o FACE-Q para uso em pacientes submetidos à estética facial. O FACE-Q incluía uma variedade de escalas e listas de verificação que os clínicos e pesquisadores podiam escolher, a fim de medir a percepção do paciente sobre sua aparência, sintomas pós- tratamento e QV. Destacaram que, *the 10-item Satisfaction with Appearance Scale* foi completada por quase todos os participantes. Essa escala, projetada para medir resultados para qualquer tipo de tratamento estético facial cirúrgico ou não cirúrgico, demonstrou confiabilidade, validade e a capacidade de detectar mudanças clínicas. Em conclusão, com base em uma amostra de cerca de 1000 pacientes estéticos faciais, a satisfação com a aparência foi maior naqueles que possuíam tratamentos estéticos faciais em comparação com aqueles que não o fizeram, especialmente para procedimentos cirúrgicos. Os autores assinalaram que era importante notar as limitações do estudo, incluindo a variabilidade no tempo de conclusão do FACE-Q, a inclusão de mais mulheres do que os homens e o fato de poucos participantes completarem o FACE-Q antes e após o tratamento.

KLASSEN et al. (2016b) descreveram o desenvolvimento e a avaliação psicométrica das escalas do FACE-Q, bem como a lista de verificação de efeitos adversos para medir os resultados da rinoplastia em clínicas de cirurgia plástica dos Estados Unidos, Inglaterra e Canadá. Para isso, foi realizada uma revisão sistemática, 29 entrevistas com 50 pacientes estéticos faciais cirúrgicos ou não cirúrgicos (nove submetidos à rinoplastia) e houve a contribuição de 26 especialistas para desenvolver uma estrutura conceitual, escalas e listas de verificação do FACE-Q específicas, que foram aperfeiçoadas através de entrevistas cognitivas em 35 pacientes estéticos faciais (dois submetidos à rinoplastia). Para os pacientes submetidos à rinoplastia, um conjunto de 25 itens que media a satisfação com a aparência do nariz e das narinas foi projetado. Além da escala de aparência, uma pequena lista de verificação foi projetada para medir os efeitos adversos. Os 158 participantes selecionados eram pacientes de pré e pós-operatório, com 18 ou mais anos, submetidos à rinoplastia. De acordo com os autores, a rinoplastia era um dos tratamentos cosméticos mais populares. Assim, embora os resultados objetivos fossem importantes, a percepção da aparência facial era subjetiva; portanto, saber o que os pacientes pensavam a respeito da aparência do próprio nariz seria de suma importância. Dessa forma, a perspectiva do paciente podia ser medida usando instrumentos de resultados relatados pelo paciente (PROs). O efeito adverso mais comum e apontado foi a pele do nariz parecendo grossa ou inchada. A satisfação do paciente nas escalas *Satisfaction With Nose Scale* ($\alpha=0,91$) e *Satisfaction With Nostrils Scale* ($\alpha=0,96$) e em três escalas do FACE-Q adicionais (*Satisfaction With Facial Appearance Scale*, *Psychological Function Scale* e *Social Function Scale*) foi maior após a cirurgia do que antes da cirurgia ($P<0,001$). As três escalas do FACE-Q foram utilizadas como ferramentas de medição

confiáveis, válidas e responsivas. Concluíram que o módulo de rinoplastia do FACE-Q poderia ser usado na prática clínica e de pesquisa, e melhoria de qualidade, por incorporar a perspectiva do paciente nas avaliações de resultados.

HIBLER et al. (2016) referiram que, detectar mudanças clinicamente significativas sob a perspectiva dos pacientes era fundamental para avaliar um procedimento cosmético bem-sucedido, sendo o FACE-Q um instrumento adequado para esse fim. Assim, determinaram o impacto de procedimentos estéticos minimamente invasivos na melhora da aparência facial percebida por 31 pacientes, com idade entre 18 e 68 anos, média de $43 \pm 13,6$, a maioria mulheres (93,5%), distribuídos em grupos que utilizaram laser e tratamentos injetáveis. Os pacientes responderam às escalas do FACE Q - *Satisfaction with Facial Appearance*, *Satisfaction with Facial Skin* e *Appraisal of Facial Lines*. Considerando-se os grupos de tratamento, os autores observaram melhora significativa com tamanhos de efeito moderado nas escalas *Satisfaction with Facial Appearance* e *Satisfaction with Facial Skin* ($P \geq 0,01$). Notaram melhora na avaliação da escala *Appraisal of Facial Lines*, mas sem significância estatística ($P = 0,04$) e concluíram que, as escalas do FACE-Q, quantificavam a percepção da aparência facial em pacientes de Dermatologia.

CHANG et al. (2016) utilizaram o instrumento FACE-Q - *Satisfaction with Facial Appearance Overall* para avaliar os resultados de satisfação e o impacto dos tipos de toxina botulínica em 57 mulheres, antes das injeções e após duas semanas. Não houve diferença entre o tipo de neurotoxina, mas 28% das pacientes revelaram satisfação com a aparência facial em geral e referiram ter rejuvenescido em média cerca de 5,6 anos. Os autores referiram

que, o que diferenciava o FACE-Q dos outros questionários PRO era a sua abrangência. Além de capturar mudanças na satisfação das pacientes com a sua aparência facial global devido à intervenção estética, podia avaliar a satisfação de regiões faciais específicas e, além disso, avaliar a percepção das pacientes sobre a aparência da idade. Essa amplitude eliminava a necessidade de combinar múltiplos instrumentos como os questionários *Facial Lines Outcomes* e *Self-Perception of Age*.

HERSANT et al. (2016), numa revisão da literatura, referiram que no campo da medicina estética a satisfação do paciente era um indicador importante e comum para mensurar a eficácia do tratamento. Identificaram 446 artigos publicados entre 2010 e 2015, dos quais 47 eram sobre rejuvenescimento facial. Trinta e cinco artigos utilizaram métodos quantitativos para avaliar os resultados do tratamento estético e apenas 12 utilizaram medidas subjetivas. Os diferentes métodos de avaliação foram listados de acordo com as ferramentas utilizadas e as indicações de tratamento. Concluíram que, embora não houvesse um consenso, a avaliação neste campo era útil.

CHEN et al. (2017) avaliaram 200 jovens asiáticos, com idade entre 21 e 30 anos, no pré e após dois anos da blefaroplastia. O impacto da cirurgia na QV dos pacientes foi positivo ($90,2 \pm 13,4$). Os pacientes mostraram-se satisfeitos com a aparência facial de uma forma geral ($81,7 \pm 18,3$) e melhoraram a confiança social ($95,4 \pm 12,6$) e o bem estar psicológico ($97,8 \pm 10,3$). Os autores assinalaram ainda que, uma vez que a cirurgia plástica continuava a expandir-se em todo o mundo, a informação baseada em evidências sobre os resultados na perspectiva do paciente era essencial. Dessa forma, consideraram que o FACE-Q seria uma ferramenta que

agregaria valor a pesquisadores, clínicos e órgãos reguladores a atingir esse objetivo.

COGLIANDRO et al. (2017) apontaram que, à medida que a implementação da medicina baseada em evidências crescia na prática clínica, havia uma crescente pressão para adotar pesquisas cujos instrumentos validassem os resultados relatados pelo paciente. De fato, de acordo com os autores, o uso de medidas PRO seria o único meio científico e objetivo para analisar as percepções dos pacientes sobre o corpo antes e depois de procedimentos cirúrgicos. Os instrumentos FACE-Q podiam assim ser facilmente incorporados na pesquisa e prática clínicas para entender melhor o processo de recuperação e o efeito de procedimentos de estética facial, bem como saber sobre as expectativas e motivações dos pacientes. Devido à proeminência da face na aparência geral do corpo, intervenções cirúrgicas eram mais populares nessa região corporal. Dessa forma, os autores traduziram e realizaram a validação linguística para o Italiano do FACE-Q para aparência facial. Os autores do instrumento original e *the Mapi Research Trust and World Health Organization recommendations* participaram do processo de tradução e adaptação cultural. As principais etapas incluíram tradução e *back translation*, três reuniões de especialistas com relatórios e fase do pré-teste do paciente. Os tradutores das duas fases trabalharam de forma independente e desconhecendo o objetivo do estudo. O coordenador do projeto apresentou uma visão geral de cada etapa do processo, coordenando as reuniões de especialistas e compilando um relatório após cada etapa. Todo o processo de tradução demorou cerca de três meses. A versão traduzida foi testada em dois grupos com um total de 20 pacientes pré-operatórios de 18 a 45 anos. As duas traduções independentes foram testadas em cada grupo. Os itens foram ajustados e a versão definitiva

foi adaptada. O processo de tradução linguística gerou uma versão italiana conceitualmente equivalente ao FACE-Q. Segundo os autores, na pesquisa médica, uma validação linguística deveria ser considerada uma etapa de tradução essencial, considerando-se as diferenças da linguagem em cada cultura.

KAPPOS et al. (2017) referiram que os resultados dos procedimentos estéticos e cirúrgicos eram melhor avaliados pela satisfação e QV do paciente. Por muitos anos houve escassez de instrumentos validados que avaliassem esses aspectos. Neste estudo foram administradas oito escalas do FACE-Q em 178 pacientes, com média de idade de 63 anos, que se submeteram à ritidoplastia associada a outros procedimentos de rejuvenescimento facial, para avaliar o nível de satisfação com a intervenção cirúrgica, com um intervalo médio de *follow-up* de 61 meses. A *Satisfaction With Facial Appearance Overall* foi uma das escalas aplicadas. Os resultados de 38% da casuística inicial mostraram índices altos de satisfação na associação dos procedimentos e os autores recomendaram o uso do FACE-Q para validar os resultados clínicos estéticos sob a perspectiva do paciente.

FLEURY et al. (2018) assinalaram que, antes do desenvolvimento e validação do FACE-Q, incidentes e tipos de eventos adversos após procedimentos estéticos faciais eram mensurados e reportados de forma objetiva por médicos e não representavam exatamente a verdadeira experiência do paciente. Ao comparar os resultados de artigos sobre o assunto, identificaram que os resultados apontados sob a perspectiva do paciente e aqueles relatados pelos médicos tinham aspectos em comum, mas cada um deles também apresentava elementos únicos. Ou seja, o conjunto de

dados mostrava pontos de vista diferentes. Verificaram que, os resultados relatados pelo paciente forneciam dados de incidência que, de outro modo, não eram assinalados anteriormente. Muitos dos efeitos adversos relatados pelo paciente não eram importantes para o cirurgião, já que eram sequelas inevitáveis do procedimento em si, como por exemplo o edema. Entretanto, o “inchaço” era um aspecto profundamente incômodo e relatado sob a perspectiva do paciente que influenciava o nível de satisfação. Segundo os autores, a apresentação dos dados na consulta poderia melhorar a preparação do paciente para o procedimento estético e cirúrgico e permitiria a autoavaliação dos próprios cirurgiões. Além disso, frente às novas tecnologias da cirurgia estética facial, seria importante avaliar objetivamente os resultados dessas técnicas para comparar a satisfação do paciente e a morbidade percebida no período de recuperação. Não se tratava, portanto, de nomear a taxa de complicações mas de aumentar o processo do consentimento informado e valorizar a compreensão e grau de expectativas do paciente no pré-operatório de cada procedimento. Ainda, esclarecer não apenas a existência de riscos e possíveis complicações do procedimento, mas também definir e manter as expectativas mais realistas quanto à duração da recuperação pós-operatória. Concluíram que a perspectiva do paciente era fundamental, como determinante do sucesso na cirurgia plástica facial e que, pacientes e médicos tinham diferentes perspectivas em relação aos eventos adversos após a cirurgia. Pontuaram que, com o aumento da indústria da cirurgia plástica facial, o uso da medicina baseada em evidências com dados PRO continuaria a melhorar a experiência do paciente.

VAN DER LEI & BOUMAN (2018) discutiram o artigo publicado “*Validating Facial Aesthetic Surgery Results with the FACE-Q*”, que

avaliou pacientes submetidos à ritidoplastia com um instrumento PRO. A alta satisfação do paciente definitivamente devia ser alcançada com tratamentos estéticos e/ou cirúrgicos. Não obstante, sugeriram que a interpretação dos escores de satisfação deveria ser cautelosa quanto à melhor técnica, ou ao melhor resultado clínico. Considerando o artigo, segundo os autores, seria interessante perceber que, as pontuações do FACE-Q mais altas podiam ter relação com uma situação significativamente pior na fase pré-operatória (com atrofia da gordura facial e significativamente pior qualidade da pele) do que naqueles pacientes que não sofreram esses procedimentos auxiliares. Além disso, a satisfação do paciente estava determinada não só pelo sucesso técnico do procedimento cirúrgico, mas também por vários fatores pré-operatórios, como a natureza da falha da aparência, a quantidade de insatisfação e potencialmente uma imagem corporal perturbada (por exemplo, o transtorno dismórfico corporal). De acordo com os autores, o pré-operatório era em parte uma situação preditiva do pós-operatório. Considerando a natureza idiossincrática das falhas de aparência, ou seja, as vastas diferenças individuais em falhas faciais e insatisfação, podia ser muito cedo para indicar que um determinado procedimento produzia mais satisfação do que um outro procedimento, baseado apenas no escore do FACE-Q. Os autores sugeriram que, a par das escalas do FACE-Q, outros instrumentos de avaliação adequadamente validados deveriam também ser incorporados à clínica, especialmente aqueles que avaliavam a imagem corporal e a satisfação do paciente. Só assim haveria possibilidade de melhorar o resultado dos procedimentos estéticos tecnicamente e em relação à satisfação do paciente. Além disso, essas ferramentas discriminariam pacientes que podiam ser ajudados daqueles que, com distúrbios da imagem, precisavam ser encaminhados para acompanhamento por profissionais da saúde mental.

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Desenho da pesquisa

Trata-se de um estudo primário com seres humanos, do tipo observacional e transversal. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Escola Paulista de Medicina (EPM), sob o protocolo de número 0588/2015, CAAE: 45325315400005505 (APÊNDICE 1).

Foram observadas e seguidas as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

4.2 Instrumento

O instrumento original, em Inglês, utilizado neste estudo, é o *FACE-Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall* (ANEXO 1). Num primeiro momento foi solicitada a autorização à *Mapi Research Trust*, via correio eletrônico, detentora dos direitos de distribuição da escala, que consentiu a realização do processo de tradução, adaptação cultural e validação da mesma (APÊNDICE 2) para o Português do Brasil.

O *FACE-Q* inclui várias escalas separadas, que mensuram resultados importantes para pacientes que buscam, ou se submeteram, a qualquer tipo de cirurgia plástica facial, ou procedimentos estéticos faciais minimamente invasivos. Dentro do conjunto, denominado *FACE Q*, a escala *Satisfaction with Facial Appearance Overall* é composta por dez itens que avaliam a atual percepção da aparência da face quanto a características como simetria,

harmonia, proporção, frescor ou vitalidade, seu aspecto no tempo como por exemplo com a aparência descansada da face, ou no final do dia, ou ao acordar, ou frente à iluminação mais intensa, à própria fotografia e ao perfil (vista ou contorno lateral da face). A escala avalia, portanto, a satisfação da aparência da face na presença de alguns cenários (PUSIC et al., 2013). Foi desenvolvida por KLASSEN et al. (2010). Em 2013, PUSIC et al., avaliaram as propriedades psicométricas do mesmo instrumento (KLASSEN et al., 2010; PUSIC et al., 2013).

As respostas dos pacientes aos itens, com quatro opções de resposta (1=muito insatisfeito, 2=um pouco insatisfeita, 3=um pouco satisfeita e 4=muito satisfeita), que variam de dez a 40, são convertidas em um escore de resumo que varia de zero a 100 (ANEXO 2). Escores mais altos indicam maior satisfação, ou melhor qualidade de vida.

4.3 Casuística

Foram selecionadas 58 pacientes do gênero feminino, submetidas à ritidoplastia e a outros procedimentos estéticos faciais minimamente invasivos, que se encontravam em pós-operatório entre cinco e oito meses, no período de Julho de 2016 a Setembro de 2017, procedentes dos Ambulatórios de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo (UNIFESP-EPM), do Hospital Ipiranga e do Hospital Geral Vila Penteado, que preenchiam os critérios de elegibilidade abaixo descritos. A amostragem foi do tipo não probabilística, ou seja, por conveniência. Todas as pacientes incluídas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3).

Foi informado 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.

4.3.1 Critérios de Inclusão

- Gênero feminino;
- Idade entre 40 e 75 anos;
- Escolaridade mínima: ensino fundamental completo.

4.3.2 Critérios de Não Inclusão

- História ou vigência de doença psiquiátrica não controlada;
- Analfabetismo;
- Incapacidade de ler o instrumento por deficiência visual;
- Pacientes que passaram por quaisquer outros procedimentos de rejuvenescimento facial como, por exemplo, *peeling*, preenchimentos, toxina botulínica há menos de um ano.

4.3.3 Critérios de Exclusão

- Pacientes que retirassem seu consentimento em participar da pesquisa após terem sido incluídas.

Após a inclusão no estudo, com assinatura do TCLE, foi aplicado um protocolo para coleta de dados demográficos e clínicos (APÊNDICE 4).

4.4 Delineamento do estudo

4.4.1 Tradução

Seguindo as orientações propostas por GUILLEMIN et al. (1993), GUILLEMIN (1995) e BEATON et al. (2000), a escala *FACE-Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall*, em sua versão original, foi traduzida da língua inglesa para a língua portuguesa por dois tradutores juramentados independentes, sendo que, apenas um deles conhecia o objetivo do estudo, para que, assim, se chegasse a uma tradução conceitual e não estritamente literária.

4.4.2 Revisão pelo grupo multidisciplinar

As duas traduções foram analisadas por um grupo multidisciplinar composto por quatro cirurgiões plásticos, uma enfermeira e uma psicóloga.

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.

4.4.3 Retrotradução (*back translation*)

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

4.4.4 Revisão da retrotradução pelo grupo multidisciplinar

As duas versões foram analisadas e comparadas à escala original, pelo mesmo grupo multidisciplinar, buscando identificar eventuais erros cometidos durante o processo de *retrotradução*, 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).

4.4.5 Adaptação cultural ou pré-teste

Nesta fase, a população-alvo avaliou a compreensão e a relevância de cada afirmativa da escala. Assim, a *FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall* foi aplicada a 20 pacientes, submetidas à ritidoplastia e a outros procedimentos estéticos faciais minimamente invasivos, para verificar eventuais dificuldades na compreensão das questões. Depois da obtenção do TCLE, foi dada à paciente a oportunidade de expressar a compreensão da escala e sugerir alterações que pudessem ser necessárias. Na entrevista individual, o entrevistador leu as instruções para a aplicação da escala. Após cada pergunta, as pacientes foram convidadas 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 satisfação e a qualidade de vida após o tratamento facial (relevância da questão).

As entrevistas foram realizadas em ambiente tranquilo e com boa iluminação, apenas com a presença do entrevistador e da 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 das 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 de propriedades psicométricas

Após a tradução e adaptação cultural, 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 confiabilidade (a consistência interna por escala e por fatores e a reprodutibilidade intraobservador através dos fatores avaliados em instantes distintos) e a validade de construto avaliando-se: a validade divergente (analisando-se as diferenças entre os aspectos de satisfação por características das pacientes) e a análise fatorial (análise da dimensionalidade do construto latente) .

A investigação da dimensionalidade da escala composta por 10 itens, para verificar se o conceito de satisfação era unidimensional (via análise fatorial), definiu o delineamento da análise psicométrica da *FACE-Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall*.

4.5.1 Confiabilidade

4.5.1.1 Consistência interna

Análise de confiabilidade com todos os itens

Esta análise foi realizada com os resultados das respostas das 57 pacientes à *FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall*.

A consistência interna, entre os 10 itens que compõem a *FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall*, foi avaliada utilizando-se o coeficiente alpha de Cronbach (α). Os coeficientes α foram ainda calculados para avaliar a consistência interna dos itens que compunham cada fator.

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.

4.5.1.2 Reprodutibilidade

A reprodutibilidade da *FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall* foi testada por meio de duas entrevistas realizadas com 30 pacientes, considerando-se os fatores identificados, submetidas à aplicação do instrumento pelo mesmo entrevistador (E1 + E1) com um intervalo de sete dias. Este instrumento é autoaplicável, entretanto, o pesquisador estava presente 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).

A correlação linear de Pearson (r) avaliou os valores individuais, considerando-se o escore total e as dimensões, obtidos na primeira e na

segunda 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). O 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 (MCDOWELL & NEWELL, 1996), avaliou igualmente a reprodutibilidade. A reprodutibilidade da escala intraobservador foi verificada 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 pelo 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 e das médias das duas avaliações 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.

4.5.1.3 Validade de construto

Para a validade de construto foram empregadas as análises fatoriais, para avaliar a dimensionalidade da escala, ou seja o seu construto latente, e testou-se a validade divergente considerando-se os fatores de satisfação por características das pacientes (N=57).

4.6 Descrição da casuística

Foram analisadas as informações de 58 mulheres, que apresentaram média de idade de 58,3 anos (DP=6,3 anos), sendo observada uma idade mínima de 44 anos e máxima de 74 anos (TABELA 1).

Observou-se que 77,6% das pacientes encontravam-se em menopausa, 60,3% tinham companheiro e 51,1% tinham nível médio de escolaridade. Notou-se ainda que, 51,7% fazia uso de outras medicações, que não a psiquiátrica, e mais de 30% das pacientes realizaram intervenções nas regiões frontal, terço médio e pálpebra superior da face, sendo que, em mais de 30% das pacientes os procedimentos estéticos foram minimamente invasivos.

Tabela 1 – Distribuição das pacientes por características demográficas e clínicas (N=58)

Idade (anos), média ± DP	58,3 ± 6,3
Menopausa, N (%)	
Não	13 (22,4)
Sim	45 (77,6)
Estado civil, N (%)	
Com companheiro	35 (60,3)
Sem companheiro	23 (39,7)
Escolaridade, N (%)	
Fundamental	6 (12,2)
Médio	25 (51,1)
Superior	18 (36,7)
Uso de medicações não psiquiátricas, N (%)	
Não	28 (48,3)
Sim	30 (51,7)
Local do procedimento¹, N (%)	
Frontal	19 (32,8)
Médio	23 (39,7)
Cervical	16 (27,6)
Pálpebra superior	22 (37,9)
Pálpebra inferior	16 (27,6)
Número de procedimentos, N (%)	
0 (estético)	21 (36,2)
1	9 (15,5)
2	8 (13,8)
3	13 (22,4)
4	3 (5,2)
5	4 (6,9)
Número de procedimentos, média ± DP	1,7 ± 1,6

¹Resposta de múltipla escolha - a soma das porcentagens não totaliza 100,0%.
N=58.

Em média, as pacientes realizaram 1,7 procedimentos (DP=1,6) (TABELA 1), ou seja, 75% das mulheres fizeram até três procedimentos (TABELA 2).

Tabela 2 – Medidas-resumo da idade (anos) e número de procedimentos

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N
Idade (anos)	58,3	6,3	44,0	74,0	55,3	59,0	62,0	58
Número de procedimentos	1,7	1,6	0,0	5,0	0,0	1,0	3,0	58

4.7 Análise estatística

Os dados foram analisados descritivamente. Para as variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas e relativas e para as variáveis numéricas, medidas-resumo (média, quartis, mínimo, máximo e desvio padrão).

Para se avaliar a dimensionalidade da escala de satisfação composta por 10 itens procedeu-se à análise fatorial utilizando-se o método por componentes principais e rotação ortogonal VARIMAX. O critério para a seleção do número de fatores foi de autovalores acima do valor um. Foram utilizados como critério de exclusão dos itens, aqueles cujas comunalidades foram inferiores a 0,6. Foram apresentados o coeficiente de adequação da amostra de Kaiser- Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade Bartlett que avalia a significância global de todas as correlações entre os itens da escala considerados.

Em seguida, foram calculados os coeficientes alpha de Cronbach para se avaliar a consistência interna dos itens que compunham cada fator.

A reprodutibilidade tem por objetivo analisar as flutuações aleatórias num mesmo grupo em várias ocasiões. A correlação intraclasse quantifica a concordância global a nível individual entre questionários aplicados em dois

momentos. Valores próximos de 1 da correlação intraclasse apontam uma boa concordância entre as respostas. Para facilitar a visualização das duas medidas foram apresentados gráficos de Bland-Altman.

Os fatores foram gerados na forma de soma e posteriormente re-escalados de forma a variarem de 0 a 100, sendo comparadas por características das pacientes via teste t de Student (para comparação de duas médias) ou análise de Variâncias -ANOVA (para comparação de mais de duas médias). Tanto o teste t de Student como a ANOVA têm como pressupostos a normalidade na distribuição dos dados e a homocedasticidade, as quais foram verificadas utilizando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene, respectivamente. Em caso de violação da suposição de homocedasticidade, que é a igualdade de variância entre os grupos, os graus de liberdade da estatística F foram corrigidos utilizando-se a correção de Brown-Forsythe (BROWN & FORSYTHE, 2012). Em caso de violação da normalidade dos dados, as médias foram comparadas empregando-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney (para comparação de duas médias) ou de Kruskal-Wallis (para comparação de mais de duas médias). Uma vez detectada as diferenças de médias no teste de Kruskal-Wallis, a localização das diferenças foi realizada via testes de Dunn-Bonferroni mantendo-se um nível de significância global de 5% (DUNN, 1964).

Os níveis da satisfação da face em cada aspecto foram comparados empregando-se o teste t de Student para amostras pareadas.

As associações lineares entre os aspectos da satisfação da face e as características das pacientes na forma numérica foram avaliados via correlação de Pearson.

As análises foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico *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™).

Para todos os testes estatísticos foram adotados um nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Tradução para a língua portuguesa do Brasil da escala *FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall*

Dois tradutores juramentados 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 *FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall* (ANEXO 1), e uma versão de cada tradutor. Todos da equipe possuíam domínio da língua inglesa, conhecimento da metodologia de adaptação linguística e seleção e acompanhamento de pacientes em procedimentos de cirurgia plástica. A equipe realizou a análise das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens da versão traduzida. Chegou-se a uma versão consenso.

5.3 Retrotradução da *FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall*

A versão consenso em Português da *FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall* foi encaminhada para outros dois tradutores juramentados, que desconheciam os objetivos do estudo e a escala original.

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

5.4 Avaliação pela equipe multidisciplinar

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. A versão que resultou da retrotradução foi enviada ao *Mapi Research Trust* e aos autores do instrumento que aprovaram o processo de tradução. 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).

5.5 Adaptação cultural ou pré-teste

Nesta fase de equivalência cognitiva a versão consenso (APÊNDICE 5) foi aplicada em 20 pacientes selecionadas nos Ambulatórios de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo (UNIFESP-EPM), do Hospital Ipiranga e do Hospital Geral Vila Penteado, tendo sido observada grande facilidade de compreensão das questões pelas pacientes.

A *FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall* mostrou validade de face e de conteúdo. Todas as pacientes (N=20) referiram que as questões avaliavam aspectos relacionados à satisfação com a aparência facial (validade de conteúdo) tendo respondido com grande facilidade e sem resistência (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.

Verificou-se que todos os dez itens apresentaram efeito teto (*ceiling*), ou seja, mais de 15% das respostas ficaram concentradas em “Muito satisfeita” (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição das pacientes por resposta dos dez itens da escala *Face Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall*

Itens	Total	Muito insatisfeita	Pouco insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
a. Com o quanto seu rosto parece simétrico	58 (100,0)	1 (1,7)	4 (6,9)	11 (19,0)	42 (72,4)
b. Com o quanto seu rosto parece equilibrado	58 (100,0)	1 (1,7)	3 (5,2)	13 (22,4)	41 (70,7)
c. Com o quanto seu rosto parece proporcional	57 (100,0)	0 (0,0)	6 (10,5)	16 (28,1)	35 (61,4)
d. Com a aparência do seu rosto no final do dia	57 (100,0)	1 (1,8)	6 (10,5)	27 (47,4)	23 (40,4)
e. Com o quanto seu rosto parece fresco	58 (100,0)	1 (1,7)	6 (10,3)	18 (31,0)	33 (56,9)
f. Com o quanto seu rosto parece descansado	58 (100,0)	0 (0,0)	6 (10,3)	20 (34,5)	32 (55,2)
g. Com a aparência do seu perfil (vista lateral)	58 (100,0)	3 (5,2)	7 (12,1)	10 (17,2)	38 (65,5)
h. Com a aparência do seu rosto em fotos	58 (100,0)	4 (6,9)	7 (12,1)	26 (44,8)	21 (36,2)
i. Com a aparência do seu rosto ao acordar	58 (100,0)	3 (5,2)	6 (10,3)	27 (46,6)	22 (37,9)
j. Com a aparência do seu rosto sob luz intensa (ou forte)	58 (100,0)	4 (6,9)	9 (15,5)	20 (34,5)	25 (43,1)

5.6 Avaliação Psicométrica

5.6.1 Dimensionalidade da escala *FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall*

Para se avaliar a dimensionalidade da escala sugerida pelos dados, procedeu-se à análise fatorial exploratória. A análise fatorial inicial com os dez itens apontou a existência de dois fatores que explicam 69,4% da

variância total dos itens. Na análise fatorial subsequente foi eliminado o item cuja comunalidade (a análise fatorial permite a decomposição da variância de cada item em duas partes: parte comum e parte específica. A parcela da variância comum – devido a fatores comuns – é denominada de comunalidade) (HAIR et al., 2005), apresentou-se inferior a 0,6. Dessa forma, itens cuja variância foi inferior a 60% foram excluídos por estarem pouco representados na análise fatorial. A tabela 4 apresenta o item eliminado (TABELA 4).

Tabela 4 – Item eliminado e respectiva comunalidade

Etapa	Item eliminado	Comunalidade
1	d. Com a aparência do seu rosto no final do dia	0,497

Aplicando-se a análise fatorial após a exclusão de um dos itens da escala (TABELA 4), resultaram dois fatores. A escolha deste número de fatores deu-se a partir do número de autovalores da matriz de correlação maiores do que um, já que um autovalor pequeno sugere uma pequena contribuição do fator na explicação das variações das variáveis originais.

Assim, a análise fatorial resultou em dois fatores que explicam 73,1% da variância total dos nove itens. Os resultados da análise fatorial podem ser interpretados através das “cargas fatoriais”. Cada uma das “cargas fatoriais” representa a medida de correlação entre o fator derivado da análise e os itens originais, podendo ser interpretada como se faz com um coeficiente de correlação de Pearson. A partir dos resultados apresentados pela Tabela 5 pode-se interpretar os dois fatores como:

Fator 1– Aparência geral do rosto – Valores altos neste fator, apontam satisfações maiores com relação aos cinco itens: “j. Com a

aparência do seu rosto sob luz intensa (ou forte)”, “f. Com a aparência descansada do seu rosto”, “e. Com o frescor do seu rosto”, “i. Com a aparência do seu rosto ao acordar” e “h. Com a aparência do seu rosto em fotos”;

Fator 2– Geometria do rosto – Valores altos neste fator, apontam satisfações maiores com relação aos quatro itens: “a. Com a simetria do seu rosto”, “b. Com a harmonia do seu rosto”, “g. Com a aparência do seu perfil (vista lateral)” e “c. Com a proporção do seu rosto”;

Pode-se notar ainda, excelentes consistências internas pelo alpha de Cronbach (α) tanto para o fator 1 ($\alpha=0,876$) como para o fator 2 ($\alpha=0,903$) (TABELA 5).

Tabela 5 – Cargas fatoriais, autovalores, porcentagem da variância explicada e coeficiente alpha de Cronbach dos dois fatores da escala *Face Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall*

	Fatores		Comunalidade
	1	2	
j Com a aparência do seu rosto sob luz intensa (ou forte)	0,833	0,355	0,820
f Com o quanto seu rosto parece descansado	0,778	0,239	0,663
e Com o quanto seu rosto parece fresco	0,749	0,309	0,656
i Com a aparência do seu rosto ao acordar	0,749	0,239	0,617
h Com a aparência do seu rosto em fotos	0,625	0,476	0,617
a Com o quanto seu rosto parece simétrico	0,204	0,943	0,930
b Com o quanto seu rosto parece equilibrado	0,331	0,887	0,896
g Com a aparência do seu perfil (vista lateral)	0,419	0,758	0,750
c Com o quanto seu rosto parece proporcional	0,433	0,665	0,630
Autovalores	3,32	3,25	
Porcentagem (%) da variância total explicada	36,94	36,16	
Porcentagem acumulada (%) da variância total explicada	36,94	73,10	
Alpha de Cronbach	0,876	0,903	

¹Rotação Varimax

KMO=0,832

Teste de esfericidade de Bartlett - Chi(36)=386,56 (p<0,001)

N=57

O escore total de satisfação compreendendo todos os nove itens apresentou também uma excelente consistência interna ($\alpha=0,920$) (TABELA 6).

Tabela 6 – Correlação item-total corrigida, alpha de Cronbach global e se o item for excluído – Nove itens

	Correlação Item – Total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Alpha de Cronbach= 0,920		
a. Com o quanto seu rosto parece simétrico	0,730	0,910
b. Com o quanto seu rosto parece equilibrado	0,798	0,907
c. Com o quanto seu rosto parece proporcional	0,704	0,912
e. Com o quanto seu rosto parece fresco	0,688	0,913
f. Com o quanto seu rosto parece descansado	0,660	0,915
g. Com a aparência do seu perfil (vista lateral)	0,763	0,908
h. Com a aparência do seu rosto em fotos	0,718	0,911
i. Com a aparência do seu rosto ao acordar	0,631	0,917
j. Com a aparência do seu rosto sob luz intensa (ou forte)	0,798	0,905

N=57

Assim, a escala *FACE Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall*, validada para uso no Brasil, é composta por nove itens que medem dois fatores de satisfação (Aparência geral do rosto e Geometria do rosto) (APÊNDICE 6).

5.6.2 Reprodutibilidade

A tabela 7 apresenta as correlações intraclasse e correlação de Pearson entre escores avaliados em instantes distintos. Observaram-se boas reprodutibilidades para os escores de satisfação com a face - Aparência geral (0,983), Geometria (0,970) e Total (0,989) (TABELA 7).

Tabela 7 – Correlação intraclasse e correlação de Pearson (r) entre fatores avaliados em instantes distintos

	Correlação intraclasse		Correlação de Pearson		N
	Estimativa (IC95%)	P	Estimativa (IC95%)	P	
Total	0,989 (0,977 ; 0,995)	<0,001	0,991	<0,001	30
Aparência geral do rosto	0,983 (0,965 ; 0,992)	<0,001	0,983	<0,001	30
Geometria do rosto	0,970 (0,939 ; 0,986)	<0,001	0,980	<0,001	30

A visualização das diferenças entre as mensurações e das médias das duas avaliações são apresentadas num gráfico de dispersão com um intervalo de confiança de 95% para a diferença (FIGURAS 1 a 3).

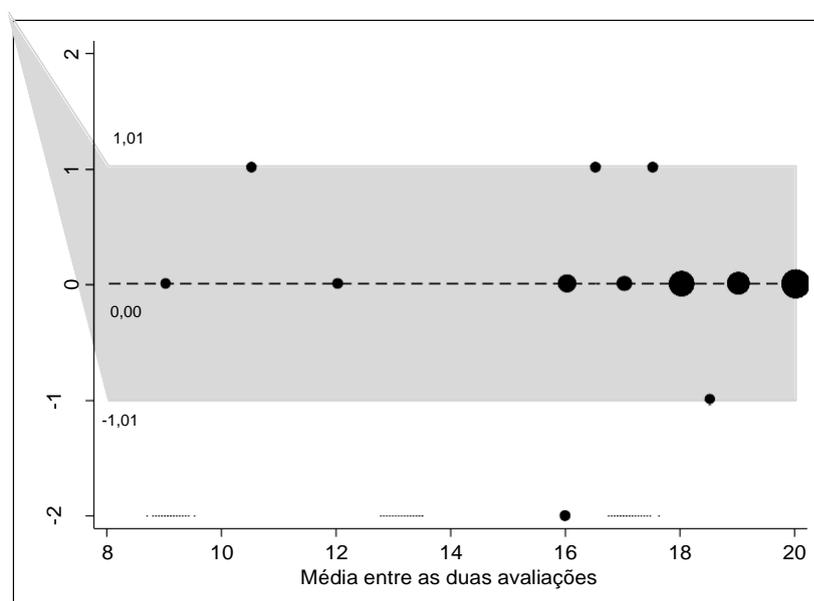


Figura 1 – Gráfico de Bland-Altman para escore de satisfação – Aparência geral do rosto.

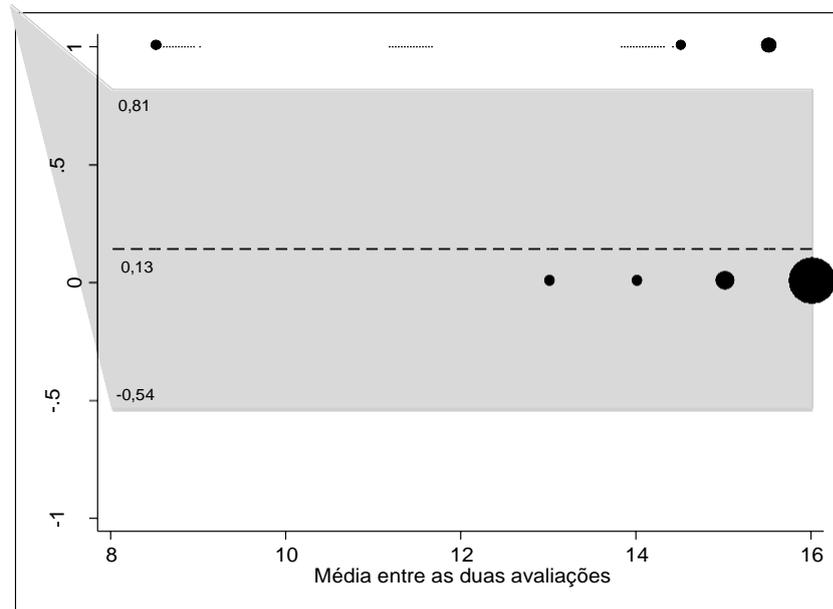


Figura 2 – Gráfico de Bland-Altman para escore de satisfação – Geometria do rosto.

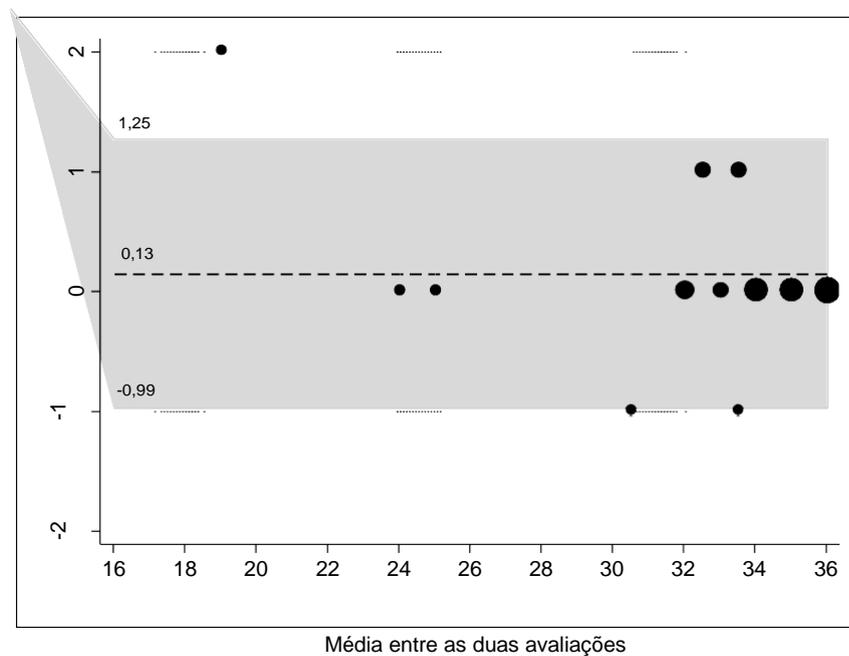


Figura 3 – Gráfico de Bland-Altman para escore de satisfação – total.

De acordo com as figuras 1 a 3, pode-se notar alguns casos fora dos limites. Observa-se também uma concentração de pontos em valores altos do escore (pontos maiores) devido a muitas pacientes apontarem estar muito satisfeitas, mas situando-se próximos ao valor zero das diferenças entre as duas mensurações (FIGURAS 1, 2 e 3).

Corroboram com esses resultados, as altas magnitudes da correlação de Pearson entre os escores avaliados em momentos distintos – acima de 0,980 e também a concentração em valores altos do escore (FIGURAS 4 a 6). A linha cinza cheia corresponde à reta identidade – pontos alinhados nesta reta, representam casos nos quais as pontuações nas duas avaliações foram idênticas (FIGURAS 4 a 6).

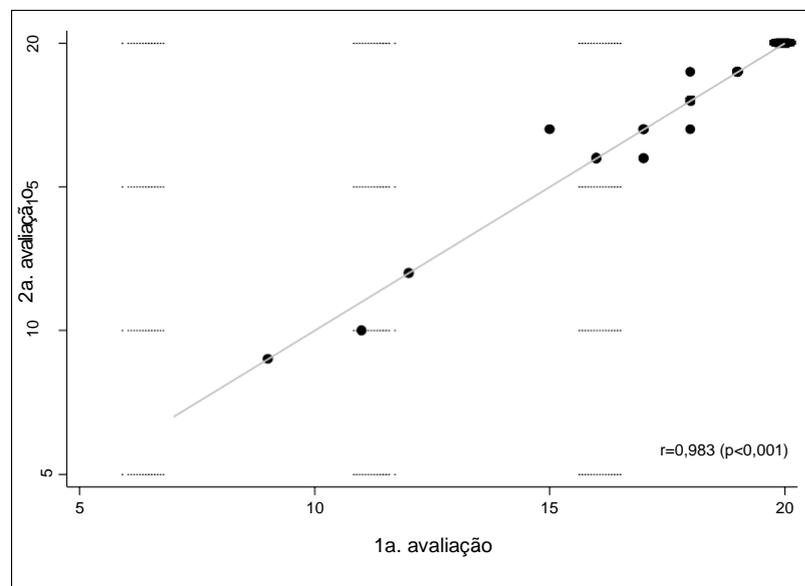


Figura 4 – Gráfico de dispersão para escore de satisfação – Aparência geral do rosto avaliado em dois momentos.

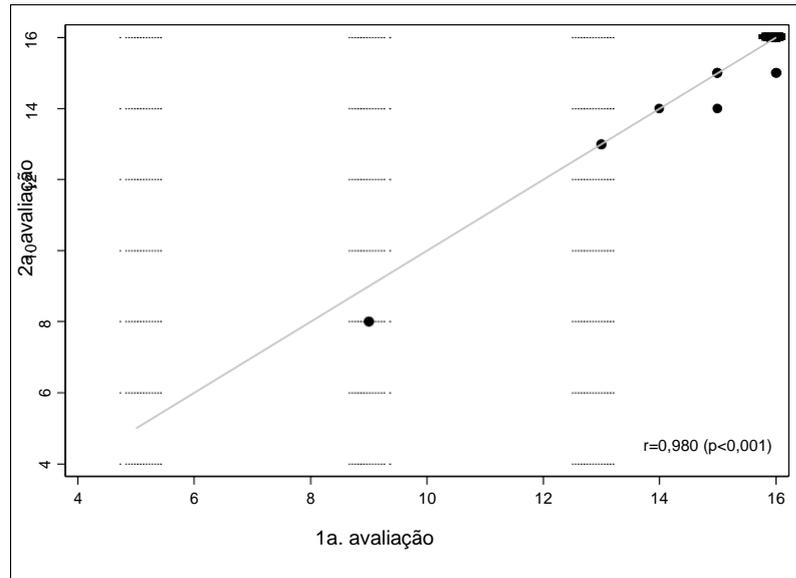


Figura 5 – Gráfico de dispersão para escore de satisfação – Geometria do rosto avaliado em dois momentos.

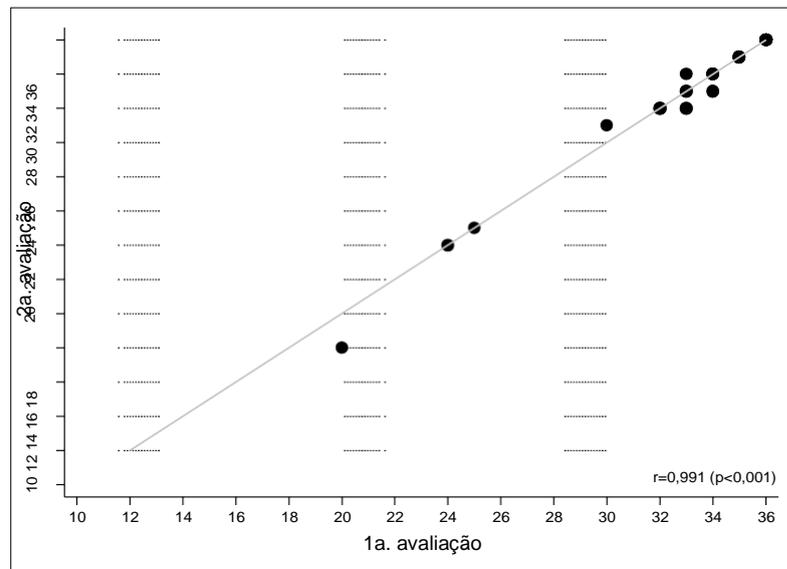


Figura 6 – Gráfico de dispersão para escore de satisfação – Total avaliado em dois momentos.

5.6.3 Comparação dos fatores por características

Nas análises a seguir, os escores foram gerados na forma de soma das pontuações dos itens e em seguida, foram convertidos de forma que variassem entre 0 (mínimo) e 100 (máximo). A Tabela 8 apresenta as medidas-resumo dos escores brutos e convertidos. Dessa forma, as médias dos fatores não foram homogêneas entre os aspectos de satisfação da face ($p < 0,001$) – em média, as pacientes ficaram mais satisfeitas com relação à geometria do que em relação à aparência geral do rosto (TABELA 8).

Tabela 8 – Medidas-resumo dos escores brutos e convertidos da satisfação

	número de itens	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N
Total	9	30,4	5,5	12,0	36,0	26,0	33,0	34,0	57
Aparência geral	5	16,2	3,3	7,0	20,0	14,0	17,0	19,0	57
Geometria	4	14,2	2,6	5,0	16,0	13,0	16,0	16,0	57
Conversão do escore 0 – 100									
Total	9	79,2	20,5	11,1	100,0	63,0	88,9	92,6	57
Aparência geral	5	74,9	22,1	13,3	100,0	60,0	80,0	93,3	57
Geometria	4	84,6	21,9	8,3	100,0	75,0	100,0	100,0	57

Teste de t de Student para amostras pareadas para comparação das médias entre fatores ($p < 0,001$)

A seguir são apresentadas as medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por características que, permitirá analisar a diferença entre as partes, ou seja, a validade divergente da escala.

Não se identificaram diferenças de médias dos escores total e aspectos por menopausa (TABELA I), por estado civil (TABELA II), por escolaridade (TABELA III), por uso de medicações (TABELA IV), por localização do procedimento nas regiões média e cervical (TABELAS V e VI) (APÊNDICE 6).

Entretanto, considerando-se a satisfação da face por localização do procedimento na região frontal, identificou-se diferença estatística. Conforme a Tabela 9, as pacientes que não foram submetidas à intervenção na região frontal apresentaram médias de satisfação (total e aspectos) superiores às das mulheres que realizaram nesse local (TABELA 9).

Tabela 9 – Medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por localização do procedimento – região frontal

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	P
Total									0,037 ^a
Frontal	68,2	25,3	11,1	100,0	48,1	63,0	92,6	19	
Não frontal	84,7	15,2	44,4	100,0	81,5	88,9	92,6	38	
Aparência geral									0,007
Frontal	64,2	25,1	13,3	100,0	46,7	60,0	86,7	19	
Não frontal	80,7	18,7	20,0	100,0	73,3	86,7	93,3	39	
Geometria									0,020 ^a
Frontal	73,2	27,6	8,3	100,0	50,0	75,0	100,0	19	
Não frontal	90,4	16,0	33,3	100,0	83,3	100,0	100,0	38	

p - nível descritivo do teste t de Student ou de Mann-Whitney^(a).

Da mesma forma, verificou-se que as pacientes que não fizeram intervenção na pálpebra superior apresentaram médias de satisfação (total e aspectos) superiores às das mulheres que realizaram nesse local (TABELA 10).

Tabela 10 – Medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por localização do procedimento - pálpebra superior

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Total									0,002
Pálpebra superior	70,7	19,0	40,7	100,0	53,7	74,1	88,9	22	
Não pálpebra superior	84,6	19,8	11,1	100,0	85,2	92,6	96,3	35	
Aparência geral									0,003
Pálpebra superior	66,4	19,4	40,0	100,0	46,7	66,7	80,0	22	
Não pálpebra superior	80,7	22,3	13,3	100,0	73,3	86,7	98,3	36	
Geometria									0,003
Pálpebra superior	76,1	22,0	33,3	100,0	56,3	83,3	100,0	22	
Não pálpebra superior	90,0	20,4	8,3	100,0	91,7	100,0	100,0	35	

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney

A tabela 11 mostra que, as pacientes que não fizeram intervenção na pálpebra inferior apresentaram médias de satisfação total ($p=0,014$) e de aparência geral ($p=0,021$) superiores às demais mulheres. Para o aspecto geométrico, não se verificaram diferenças de médias ($p=0,055$) (TABELA 11).

Tabela 11 – Medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por localização do procedimento - pálpebra inferior

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Total									0,014
Pálpebra inferior	71,8	19,6	40,7	92,6	48,1	77,8	88,9	16	
Não pálpebra inferior	82,1	20,3	11,1	100,0	68,5	92,6	96,3	41	
Aparência geral									0,021
Pálpebra inferior	67,5	18,4	40,0	93,3	50,0	73,3	80,0	16	
Não pálpebra inferior	78,3	23,0	13,3	100,0	66,7	86,7	95,0	42	
Geometria									0,055
Pálpebra inferior	77,1	23,5	33,3	100,0	52,1	83,3	100,0	16	
Não pálpebra inferior	87,6	20,8	8,3	100,0	79,2	100,0	100,0	41	

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney

Verificaram-se correlações negativas fracas, porém significantes entre idade e o escore total ($r=-0,293$; $p=0,027$) e geometria ($r=-0,328$; $p=0,013$) apontando que quanto maior a idade, menor a satisfação total e menor a satisfação quanto ao aspecto geométrico facial. Além disso, observaram-se

também correlações negativas fracas, porém significantes entre número de procedimentos e o escore total ($r=-0,300$; $p=0,023$) e aparência geral ($r=-0,289$; $p=0,028$) apontando que quanto maior o número de intervenções, menor é a satisfação tanto total quanto relacionada ao aspecto da aparência geral do rosto (TABELA 12).

Tabela 12 – Correlação de Pearson entre a idade (anos) e número de intervenções

	Correlação de Pearson			
	Idade (anos)		No. de procedimentos	
	R	p	r	P
Total	-0,293	0,027	-0,300	0,023
Aparência geral	-0,198	0,136	-0,289	0,028
Geometria	-0,328	0,013	-0,255	0,056

N=57

5.6.4 Conversão dos escores de satisfação total e fatores

As tabelas com a conversão dos escores estão apresentadas em APÊNDICE 7.

Após o reescalonamento, os escores de satisfação total, aparência geral e geometria faciais foram arredondados de forma a serem apresentados na forma de número inteiro – visando facilitar a operacionalização de seu uso. As correlações intraclasses para os três escores (0 a 100 nas formas originais e arredondadas) foram de 1,000 ($p<0,001$) indicando que são equivalentes. Os gráficos de Bland-Altman a seguir, corroboram com esse resultado (FIGURAS 7, 8 e 9).

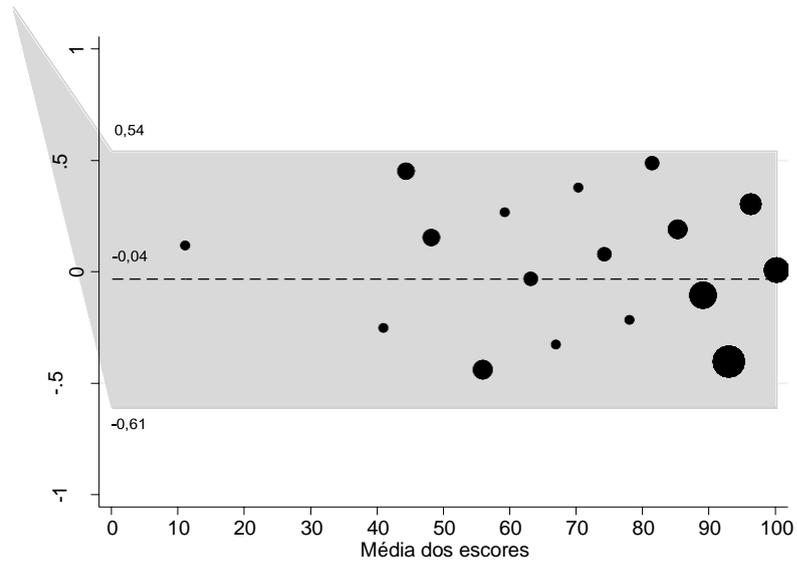


Figura 7 – Gráfico de Bland-Altman para Satisfação Total.

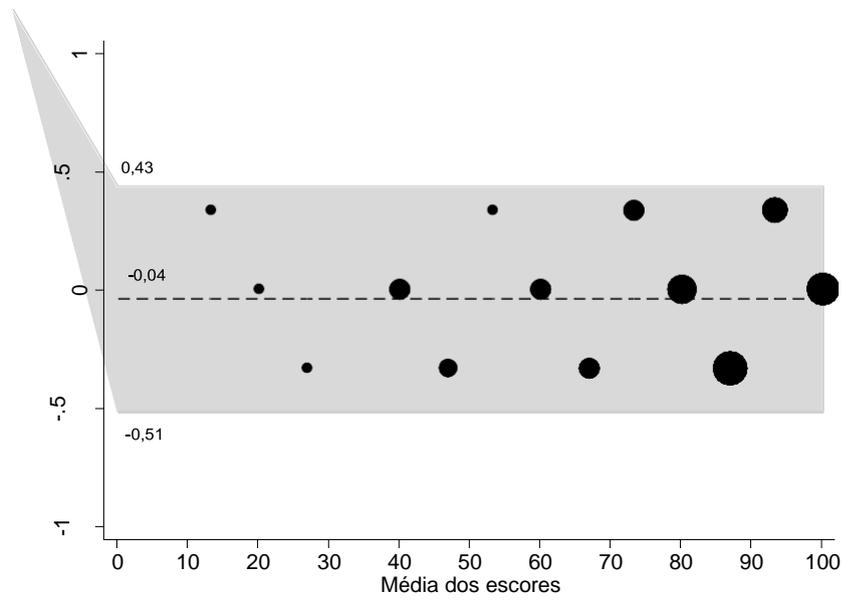


Figura 8 – Gráfico de Bland-Altman para Satisfação da Aparência Geral do rosto.

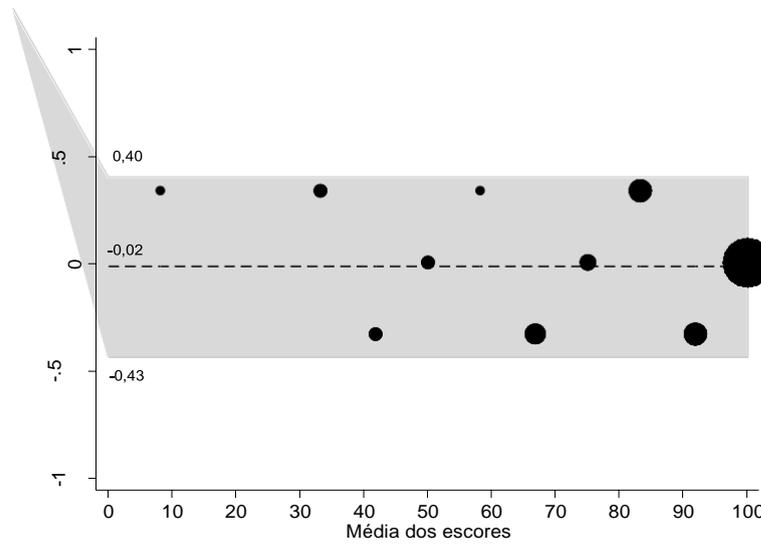


Figura 9 – Gráfico de Bland-Altman para Satisfação da Geometria do rosto.

A tabela VII apresenta o teste de Kolmogorov-Smirnov para normalidade (APÊNDICE 8).

A tabela VIII apresenta o Alpha de Cronbach global dos 10 itens (APÊNDICE 9).

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O Brasil superou os Estados Unidos (EUA) como líder mundial em número de cirurgias plásticas, ao considerar-se procedimentos na face e cabeça, sendo responsável por 12,2% do total mundial, segundo a *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (2016). É também o 1º em cirurgias estéticas da pálpebra. Considerando-se os procedimentos estéticos faciais minimamente invasivos, como os injetáveis (toxina botulínica e ácido hialurônico, por exemplo), o Brasil está em 2º lugar logo atrás dos EUA. Já quando se trata de procedimentos também não cirúrgicos de rejuvenescimento facial, como *peelings* entre outros, o Brasil fica em 4º lugar no *ranking* mundial, atrás dos EUA, Japão e Índia (ISAPS).

No mundo, em 2016, houve um aumento de 10% em procedimentos estéticos faciais minimamente invasivos (ISAPS). Em 2017, ao comparar-se com 2016, observou-se um aumento de 2% nesses procedimentos, segundo a *American Society of Plastic Surgeons* (ASPS). Muito embora a ritidoplastia tanto possa envolver várias regiões da face (total), como apenas algumas (parcial), neste estudo identificou-se que 36,2% (N=21) das pacientes submeteram-se a procedimentos estéticos faciais minimamente invasivos. Esse resultado pode estar associado a uma tendência mundial (ISAPS, ASPS), ou à cuidadosa indicação cirúrgica adaptada a cada caso individual, observada neste estudo.

Além disso, verificou-se que a satisfação, expressa nas dimensões satisfação com a aparência geral do rosto e geometria do rosto (FACE-Q), esteve associada ao tipo de procedimento menos invasivo de rejuvenescimento facial, como relatado de forma semelhante por IORIO et al. (2012). As pacientes, cuja intervenção localizou-se nas regiões frontal e

das pálpebras, estavam menos satisfeitas com a aparência geral do rosto e com a geometria do rosto quando comparadas àquelas que não passaram por esse tipo de procedimento cirúrgico, resultado diferente ao encontrado por KLASSEN et al. em 2016c. Segundo os autores, notou-se maior satisfação com a aparência nos pacientes após procedimentos cirúrgicos. Aprofundando o fato de que, a localização do procedimento e o número de intervenções afeta o nível de satisfação percebido pela paciente, como assinalado no presente estudo, esses dados podem estar relacionados à imagem corporal. Sabe-se que os grandes efeitos da cirurgia plástica são circunscritos a condições específicas das experiências da imagem corporal (MACGREGOR, 1981; BURK et al., 1985; NAPOLEON & LEWIS, 1989; RANKIN et al., 1998; CASH & FLEMING, 2002; CHING et al., 2003; GROSSBART & SARWER, 2003; DE BRITO et al., 2010; JOSEPH et al., 2017; VAN DER LEI & BOUMAN, 2018). De fato, procedimentos na face podem provocar alterações transitórias de identidade expressas em insatisfação com o resultado (GOIN et al., 1976; GOIN et al., 1980).

Procedimentos nas regiões frontal e pálpebra superior podem alterar a expressão facial e interferir no resultado de satisfação, como verificado neste estudo. Isso também foi assinalado ao verificar-se que a região da pálpebra inferior não alterou a satisfação com a geometria facial, talvez porque a mudança física não fosse tão acentuada, quando comparada a satisfação entre pacientes que fizeram a intervenção cirúrgica e aquelas submetidas a procedimentos de rejuvenescimento facial não cirúrgico. Não obstante, essas diferenças perceptivas de resultado podem ser diferentes entre pacientes e cirurgiões, revelando a complexidade da satisfação após ritidoplastias, ou outro procedimento estético facial (SLEVIN et al., 1988; SINNO et al., 2015; FLEURY et al., 2018; VAN DER LEI & BOUMAN, 2018). O número de

fatores que impactam na satisfação individual é tão grande que pode ser impossível comparar, por exemplo, técnicas cirúrgicas por grupos de pacientes (GUYATT et al., 1993; KLASSEN et al., 1999; SINNO et al., 2015; VAN DER LEI & BOUMAN, 2018). Todavia, mais do que a superioridade de uma tecnologia sobre outra - cuja evolução da ritidoplastia moderna começou com descrições de SKOOG em 1975 e MITZ & PEYRONIE em 1976 - parece que é a experiência e a habilidade do cirurgião que produz o resultado de satisfação no paciente adequadamente selecionado (SINNO et al., 2015). No presente estudo, características que podiam influenciar a qualidade de vida, como menopausa, estado civil, escolaridade, uso de medicações e a localização do procedimento nas regiões do terço médio e cervical da face não afetaram os resultados de satisfação. SINNO et al. (2015) de forma semelhante identificaram áreas de maior satisfação na face em sua casuística, em detrimento de outras.

Considerando-se agora o número de procedimentos realizados por cada paciente na face, 75% das mulheres fizeram até três procedimentos e identificou-se que quanto maior o número de intervenções realizadas, menor foi o escore para satisfação total e para a dimensão satisfação com a aparência geral do rosto, resultado que pode estar associado à insatisfação com a imagem corporal (DE BRITO et al., 2016; JOSEPH et al., 2017; VAN DER LEI & BOUMAN, 2018). O número de procedimentos, fossem eles cirúrgicos ou minimamente invasivos, interferiram na satisfação com a aparência geral e não com a geometria facial, assinalando a possível relação da imagem corporal com a percepção da satisfação.

Segundo a ISAPS (2016), não há diferença entre os gêneros quanto à busca de procedimentos de rejuvenescimento facial, seja pela ritidoplastia, ou por intervenções estéticas faciais minimamente invasivas. Neste estudo,

apenas mulheres foram estudadas por ser uma casuística que, parece ser mais influenciada pelos padrões socioculturais, resultado que vai ao encontro de estudos ao apontar a prevalência do gênero feminino nesse tipo de procedimento estético (ALVES et al., 2005; KLASSEN et al., 2010; PUSIC et al., 2013; DE BRITO et al., 2016; HIBLER et al., 2016; KLASSEN et al., 2016c).

Considerando-se a faixa etária, a média de idade das pacientes do estudo foi de 58,3 anos (DP=6,3 anos), sendo que, a idade mínima foi de 44 anos e variou até 74 anos, que é relativamente idêntica à assinalada por ALVES et al. (2005). KLASSEN et al. (2010) relataram idades entre 20 e 79 anos para os participantes das entrevistas qualitativas e cognitivas do desenvolvimento do *FACE Q- Satisfaction with Facial Appearance Overall* e PUSIC et al. (2013) reportaram idades entre 18 e 85 anos para a avaliação psicométrica da escala. PANCHAPAKESAN et al. (2013) descreveram o desenvolvimento e a avaliação psicométrica do *FACE-Q - Aging Appraisal Scale* e *FACE-Q - Patient-Perceived Age Visual Analog Scale* em indivíduos com idades que estavam entre 28 e 89 anos. HIBLER et al., em 2016, relataram o intervalo de idade de sua população entre 18 e 68 anos. CHEN et al. (2017) apontaram idades, entre 21 e 30 anos, de jovens que se submeteram à blefaroplastia. COGLIANDRO et al., em 2017, traduziram e realizaram a validação linguística para o Italiano do *FACE-Q* para aparência facial em pacientes cujas idades oscilaram entre 18 e 45 anos. Esse intervalo de idades pode revelar tanto a aceitação social da cirurgia plástica, quanto a preocupação e investimento com a aparência física em idade jovem e mais tardia (PHILLIPS et al., 2010; VEALE & NEZIROGLU, 2010; DE BRITO et al., 2016). SINNO et al. (2015) estudaram pacientes mais velhos, entre 50 e 80 anos, cuja média de idade foi de 63 anos, tal como KAPPOS et al.

(2017). No presente estudo, idades maiores indicaram escores menores para satisfação total e para a satisfação com a geometria do rosto, revelando a percepção do processo do envelhecimento.

A satisfação com a aparência e a melhoria da qualidade de vida são os resultados mais importantes para pacientes submetidos a procedimentos estéticos faciais (FERREIRA, 2000; CANO et al., 2004; KLASSEN et al., 2010; PANCHAPAKESAN et al., 2013; PUSIC et al., 2013; HERSANT et al., 2016; KAPPOS et al., 2017; VAN DER LEI & BOUMAN, 2018). Não obstante, embora haja o aumento da busca por esses procedimentos (SCLAFANI et al., 2010; PUSIC et al., 2013; BARONE et al., 2015; SINNO et al., 2015; KLASSEN et al., 2016a; KLASSEN et al., 2016d; FLEURY et al., 2018), ainda é escassa a utilização de instrumentos confiáveis e validados (GARRATT et al., 2002; CANO et al., 2004; ACQUADRO et al., 2008; KOSOWSKI et al., 2009; SCLAFANI et al., 2010; KLASSEN et al., 2016c). Por isso, os instrumentos baseados na perspectiva do paciente (PRO) são considerados ferramentas importantes e de última geração quando se trata de resultados baseados em evidência, seja em procedimentos estéticos cirúrgicos ou não cirúrgicos (CORNEY & CLARE, 1985; SLEVIN et al., 1988; GUYATT, 1995; FERRAZ, 1998; FERREIRA, 2000; CANO et al., 2004; KLASSEN et al., 2010; SCLAFANI et al., 2010; IORIO et al., 2012; PANCHAPAKESAN et al., 2013; PUSIC et al., 2013; BARONE et al., 2015; HIBLER et al., 2016; KLASSEN et al., 2016b; KLASSEN et al., 2016c; CHEN et al., 2017; COGLIANDRO et al., 2017; KAPPOS et al., 2017; FLEURY et al., 2018).

A importância e a aplicabilidade desses instrumentos conduziram à criação do *Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database* (PROQOLID), para facilitar o processo de seleção de mensurações

dos instrumentos PRO na pesquisa clínica. O projeto foi iniciado pelo *Mapi Research Trust*, em Lyon, na França. Inicialmente denominado *Quality of Life Instruments Database (QOLID)*, tinha como finalidade fornecer a todos os envolvidos no cuidado à saúde uma fonte única e abrangente de informações sobre mensurações de instrumentos PRO e de qualidade de vida disponíveis por meio da internet (PROQOLID).

A construção de um novo instrumento é sempre mais onerosa, demorada e sem uniformidade dos dados obtidos para comparação com questionários internacionais (GUILLEMIN et al., 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON et al., 2000; DA MOTA FALCAO, CICONELLI, FERRAZ, 2003). Assim, adaptações semelhantes foram temas de estudos da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM) (CICONELLI et al., 1999; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004; JORGE et al., 2008; PICCOLO et al., 2013; DE BRITO et al., 2015; PICCOLO et al., 2015; RAMOS et al., 2016; FELIX et al., 2017; SUCUPIRA et al., 2017).

Dessa forma, para a utilização da escala *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall* no Brasil houve necessidade de traduzí-la, adaptá-la ao contexto cultural brasileiro e testar as suas propriedades de medida.

Com base em estudos de psicologia, sociologia e epidemiologia, GUILLEMIN et al. (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 um dos métodos mais confiáveis para manter as propriedades de medida do instrumento original. Outros autores assinalaram e completaram a importância dessa

metodologia (GUILLEMIN, 1995; GANDEK & WARE, 1998; BEATON et al., 2000; WILD et al., 2005; ACQUADRO et al., 2008). EPSTEIN et al. (2015) afirmaram que, a adaptação cultural e a validação de um questionário eram dois processos diferentes que deviam ser distinguidos e realizados com prudência. HERSANT et al. (2016), concluíram que, embora não houvesse um consenso, quanto aos diferentes métodos para avaliar os resultados de estética facial, a avaliação neste campo era útil.

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

Dentro de todo este contexto, a *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall* é um instrumento que vem agregar mais valia à clínica da cirurgia e da pesquisa em estética facial.

A *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall* é uma escala específica, composta por dez itens, numa escala Likert de quatro pontos, que mensura a satisfação da aparência da face na presença de alguns cenários. Foi desenvolvida por KLASSEN et al. (2010). Em 2013, PUSIC et al., avaliaram as propriedades psicométricas do mesmo instrumento (KLASSEN et al., 2010; PUSIC et al., 2013). É uma escala relativamente nova que foi utilizada em alguns estudos (IORIO et al., 2012; SCHWITZER et al., 2015a; SCHWITZER et al., 2015b; SINNO et al., 2015; CHANG et al., 2016; HIBLER et al., 2016; KAPPOS et al., 2017).

Em todo o processo de adaptação cultural deste estudo foram entrevistadas 20 mulheres. BEATON et al. (2000), em artigo sobre adaptação cultural de instrumentos, recomendaram que entre 30 a 40 pessoas deveriam ser avaliadas nessa fase. FURLANI em 2015 adaptou o *Facial Outcome Evaluation* em 20 pessoas e COGLIANDRO et al. (2017) traduziram e realizaram a validação linguística para o Italiano de escalas do FACE-Q para aparência facial em 20 pacientes pré-operatórios. Portanto, a adaptação cultural do presente estudo, realizada com 20 pacientes, enquadra-se na casuística selecionada em um estudo brasileiro que avaliou aspectos da satisfação facial, bem como no estudo italiano que validou escalas do FACE Q (FURLANI, 2015; COGLIANDRO et al., 2017).

A relevância da correta avaliação das qualidades psicométricas dos instrumentos está associada à qualidade metodológica (GUILLEMIN et al., 1993; GANDEK & WARE, 1998; BEATON et al., 2000; DEVON et al., 2007; ASSUNÇÃO et al., 2013). Dessa forma, no presente estudo, foram realizados os testes psicométricos do instrumento [a sua confiabilidade (por meio da consistência interna global e dimensões da escala, bem como da reprodutibilidade intrabservador) e a validade de construto (via análise fatorial e validade divergente)].

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. 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; DE BRITO et al., 2015; PICCOLO et al., 2015; RAMOS et al., 2016; FELIX et al., 2017; SUCUPIRA et al., 2017).

SINNO et al. (2015) e CHANG et al. (2016) utilizaram o mesmo instrumento, em uma casuística semelhante à deste estudo, composta por 56 e 57 pacientes após ritidoplastia e procedimentos estéticos faciais minimamente invasivos, respectivamente.

A consistência interna entre os itens que compõem a escala, foi avaliada pelo alpha de Cronbach (α) (CRONBACH, 1951). O valor global encontrado no presente estudo para a escala de nove itens foi de 0,920, e para os dois fatores, ou dimensões foi de 0,876 e 0,903, respectivamente, sendo considerada uma escala de confiabilidade excelente (ALDERMAN & CHUNG, 2009). A escala original de dez itens apresentou $\alpha=0,950$ (PUSIC et al., 2013).

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 (CORNEY & CLARE, 1985; 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 da *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall* foi avaliada por meio de duas entrevistas; a escala é

autoaplicável e o entrevistador permaneceu no recinto para solucionar as dúvidas. Trinta pacientes foram entrevistadas, iniciando-se a aplicação pelo autor do estudo (E1). Após sete dias, a segunda entrevista foi realizada pelo mesmo pesquisador (E1). A reprodutibilidade intrabservador propôs-se a avaliar o grau de concordância dos resultados obtidos em momentos diferentes frente a aspectos totais e específicos da satisfação. 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 do mesmo observador em momentos distintos para escore de satisfação total ($r=0,991$; $p<0,001$) e para as duas dimensões: aparência geral do rosto ($r=0,983$; $p<0,001$) e geometria do rosto ($r=0,980$; $p<0,001$), revelando que a *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall* é um instrumento reprodutível para uso no Brasil. LIANG & JETTE (1981) relataram que a reprodutibilidade entre o mesmo observador (intraobservador) em tempos diferentes era importante para questionários autoaplicáveis.

Por outro lado, a correlação de Pearson entre fatores, avaliados em instantes distintos, ilustrada na tabela 7, mostrou que o tamanho do efeito (*effect size*) foi muito alto, o que significa que a amostra foi adequada. PUSIC et al. (2013) referiram tamanhos de efeito moderados em seu estudo ao avaliar a porcentagem de satisfação e de respostas dos pacientes após o procedimento facial.

Um grande número de pacientes concentrou as suas respostas em “muito satisfeita”, sendo que o ideal seria que, não houvesse esse efeito teto (*ceiling*), ao considerar-se a distribuição das pacientes por resposta aos itens da escala. As pacientes ficaram concentradas nos valores altos do escore

(FIGURAS 1 a 3) e poucas ficaram insatisfeitas (FIGURAS 4 a 6), que pode ter relação com a satisfação associada ao resultado do tratamento facial como, por outro lado, ao efeito teto também. O efeito teto neste caso específico pode estar associado à escala Likert de quatro pontos (1=Muito insatisfeito; 2=Um pouco insatisfeito; 3=Um pouco satisfeito; 4=Muito insatisfeito). Esse resultado (efeito teto) foi igualmente verificado no artigo da avaliação psicométrica da *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Scale*, mas sem qualquer comentário dos autores quanto à tabela 6 do respectivo artigo (PUSIC et al., 2013).

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 (GUILLEMIN et al., 1993; DEVON et al., 2007; ACQUADRO et al., 2008; PASQUALI, 2009; ASSUNÇÃO et al., 2013).

A *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall* apresentou validade de face e de conteúdo avaliada pelas pacientes na fase do pré-teste, ou adaptação cultural, e pela equipe multidisciplinar.

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 (GANDEK & WARE, 1998; COLUCI, 2012). 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 (CORNEY & CLARE, 1985; GANDEK & WARE, 1998).

Considerando o presente estudo, identificou-se que a manifestação, ou expressão da satisfação na escala Likert apresentava especificidades e, por isso, foi necessário investigar a possibilidade da existência de fatores, ou

dimensões da satisfação facial sugerida pelos dados. Verificou-se assim o que os itens tinham em comum. Esse ponto de interseção é o fator comum, centro da análise fatorial (HAIR et al., 2005). Um dos itens da escala foi excluído; apenas 50% explicava a satisfação, sendo que o resto estava relacionado à particularidade do indivíduo. Isso foi estatisticamente possível por se tratar de um instrumento com apenas dez itens. Os escores total (nove itens) e por fatores da versão brasileira, para a conversão da escala Likert de quatro pontos, foram arredondados de forma a serem apresentados na forma de número inteiro – visando facilitar a operacionalização de seu uso. As correlações intraclasses para os três escores (0 a 100 nas formas originais e arredondadas) (PUSIC et al., 2013) foram de 1,000 ($p < 0,001$) indicando que são equivalentes.

Outros estudos de tradução, adaptação cultural e validação no Brasil, após a análise fatorial exploratória, excluíram itens dos instrumentos a exemplo do *Eating Behaviours and Body Image Test* (EBBIT), *Body Investment Scale* (BIS), *Body Image Avoidance Scale* (BIAQ), *Body Checking Questionnaire* (BCQ) (GALINDO & CARVALHO, 2007; GOUVEIA et al., 2008; CAMPANA et al., 2009; CAMPANA & TAVARES, 2009).

Assim, a avaliação do construto latente e a sua dimensionalidade, via análise fatorial, caracterizou a validade de construto. A análise fatorial é uma das técnicas de avaliação da validade de construto (GANDEK & WARE, 1998; COLUCI, 2012). Além da análise fatorial testou-se a validade divergente da escala (variáveis relacionadas ou não) (GANDEK & WARE, 1998; COLUCI, 2012; PUSIC et al., 2013). Neste estudo utilizaram-se as características que descreveram a casuística, para se verificar se havia uma resposta diferenciada por característica. Os aspectos de satisfação (escore

total e dimensões aparência geral do rosto e geometria do rosto) mensurados pela escala avaliaram-se por características, que mostraram diferença para localização do procedimento frontal e de pálpebras superior e inferior. Ou seja, a escala conseguiu distinguir as pacientes satisfeitas das não satisfeitas considerando-se aspectos específicos e estéticos faciais.

Alguns autores, que validaram e utilizaram as várias escalas pertencentes ao FACE Q, apontam o modelo matemático Rasch associado à psicometria clássica, como nova possibilidade de análise estatística dos dados (PANCHAPAKESAN et al., 2013; PUSIC et al., 2013; KLASSEN et al., 2014). O modelo Rasch foi desenvolvido em 1960, mas implementado através do software RUMM2020 nos estudos que têm utilizado as escalas FACE Q. Esse modelo foi utilizado por PUSIC et al. (2013) para a validade da FACE Q – *Satisfaction with Facial Appearance Overall*.

A teoria de resposta ao item constitui-se em um novo grupo de modelos psicométricos de construção, validação e avaliação de instrumentos de aferição em desfechos em saúde. Dentre tais modelos, o modelo de Rasch se destaca como uma possibilidade. Na área da saúde mental, o modelo de Rasch agrega a possibilidade de que os construtos sejam avaliados quanto à dimensionalidade. Os instrumentos podem ser explorados quanto à invariância dos itens, calibragem, adequação das escalas de resposta e adequação dos itens ao modelo teórico subjacente.

Entretanto, a estrutura válida para que o modelo de Rasch possa ser utilizado deve ser composta por apenas uma dimensão. Para isso, neste estudo investigou-se o construto latente - a satisfação que se manifesta na escala Likert de 4 pontos - via análise fatorial que, assinalou a dimensionalidade sugerida pelos dados. Identificaram-se dois fatores, ou dimensões de medida de satisfação: Aparência geral do rosto e Geometria do

rosto. A análise psicométrica da *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall* foi, portanto, baseada na sua dimensionalidade.

As pacientes pontuaram escores altos para escore total de satisfação (79,2; DP=20,5) e para as duas dimensões: Aparência geral do rosto (74,9; DP=22,1) e Geometria do rosto (84,6; DP=21,9) na escala *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall*, revelando satisfação com o resultado do tratamento estético facial. Uma das pacientes foi excluída porque não completou a escala, ficando uma casuística final de 57 pacientes. Estes resultados são semelhantes aos encontrados na literatura para esse tipo de procedimento estético (IORIO et al., 2012; SINNO et al., 2015; CHANG et al., 2016; CHEN et al., 2017).

O tempo de avaliação de cinco a oito meses após a ritidoplastia foi curto, mas semelhante ao referido por ALVES et al. (2005), de dois e seis meses, e por PUSIC et al. (2013) que avaliou os pacientes após seis meses da ritidoplastia. KLASSEN et al., em 2016c, afirmaram que são poucos os estudos que completam o pré e pós-operatório com a população inicial selecionada, mostrando que estudos prospectivos são ainda necessários nesta área.

Este estudo adaptou culturalmente e validou a *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall* em mulheres após ritidoplastia e outros procedimentos de rejuvenescimento facial minimamente invasivos. SINNO et al. (2015) igualmente avaliaram pacientes apenas no pós-cirúrgico da ritidoplastia utilizando o mesmo instrumento e uma casuística semelhante.

A *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall* é uma escala breve, objetiva e fácil de responder, que captura informações específicas da satisfação com a aparência geral e geometria do rosto, conforme identificado

no presente estudo. A versão brasileira é composta por nove itens, divididos em dois fatores, ou dimensões.

Este estudo estudou o construto latente “satisfação” em suas especificidades de expressão e identificou que não se trata de um instrumento unidimensional, como referido pelas autoras do instrumento (KLASSEN et al., 2010; PUSIC et al., 2013) trazendo assim um dado novo à escala essencial *Satisfaction with Facial Appearance Overall* do instrumento *FACE Q* (KLASSEN et al., 2010). Segundo KLASSEN et al. (2010) a *Satisfaction with Facial Appearance Overall* foi desenvolvida para ser relevante para todos os pacientes de estética facial, independentemente do número ou tipo de procedimentos sofridos, revelando assim a relevância do presente estudo.

A satisfação dos pacientes é o critério, ou indicador mais importante na avaliação dos resultados de procedimentos estéticos (FERREIRA, 2000; CANO et al., 2004; ALVES et al., 2005; PANCHAPAKESAN et al., 2013; HERSANT et al., 2016; KAPPOS et al., 2017; VAN DER LEI & BOUMAN, 2018). Entretanto, VAN DER LEI & BOUMAN (2018) sugeriram que, a par dos instrumentos PRO (a exemplo do FACE-Q), outros instrumentos de avaliação adequadamente validados deveriam também ser incorporados à clínica, especialmente aqueles que avaliavam a imagem corporal e a satisfação do paciente. Só assim haveria possibilidade de melhorar o resultado dos procedimentos estéticos tecnicamente e em relação à satisfação do paciente.

6.1 Perspectivas

Desenvolver estudos prospectivos de avaliação do pré e pós-operatório de ritidoplastias comparando-os com procedimentos estéticos faciais minimamente invasivos.

Aumentar a casuística e o tempo de avaliação (*follow up*) do pós-operatório.

Testar a validade convergente comparando a *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall* com outros instrumentos que avaliam construtos semelhantes.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A *FACE Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall* foi traduzida para o Português do Brasil, adaptada ao contexto cultural, e mostrou-se reprodutível, apresentando validade de face, de conteúdo e de construto. A versão brasileira é composta por nove itens e duas dimensões e passou a ser chamada de *FACE Q – Satisfação Geral com a Aparência da Face*.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

- Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. 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. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x.
- 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. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181a65c23.
- Alves MC, Abla LE, Santos R de A, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem outcomes following rhytidoplasty. *Ann Plast Surg*. 2005 May;54(5):511-4; discussion 5-6. doi: 10.1097/01.sap.0000155274.59248.57.
- Assunção FF, Dantas RA, Ciol MA, Goncalves N, Farina JA Jr, Rossi LA. Reliability and validity of the body image quality of life inventory: version for Brazilian burn victims. *Res Nurs Health*. 2013 Jun;36(3):299-310. doi: 10.1002/nur.21538.
- Barone M, Cogliandro A, Cagli B, Persichetti P. FACE-Q Scales for Health-Related Quality of Life, Early Life Impact, Satisfaction with Outcomes, and Decision to Have Treatment: Development and Validation. *Plast Reconstr Surg*. 2015 Aug;136(2):272e-3e. doi: 10.1097/PRS.0000000000001439.
- BBC Brasil. Número de idosos no Brasil vai quadruplicar até 2060, diz IBGE [Internet]. São Paulo: BBC do Brasil Ltda; 2013 [cited 2018 May 14]. [about 1 screen]. Available from: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/08/130829_demografia_ibge_populacao_brasil_lgb.
- 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 15;25(24):3186-91.
- Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*. 1986 Feb 8;1(8476):307-10. doi: 10.1016/S0140-6736(86)90837-8.

- Brandão L, Ferraz MB, Zerbini CA. [Evaluation of quality of life in rheumatoid arthritis]. *Rev Bras Reumatol*. 1997 Sep-Oct;37(5):275-81. Portuguese.
- Brown MB, Forsythe AB. Robust tests for the equality of variances. *J Am Stat Assoc*. 2012;69(346):364-7. doi: 10.1080/01621459.1974.10482955.
- Burk J, Zelen SL, Terino EO. More than skin deep: a self-consistency approach to the psychology of cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 1985 Aug;76(2):270-80.
- Campana A, Tavares M, Silva DD, Diogo MJD. Translation and validation of the Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) for the Portuguese language in Brazil. *Behav Res Methods*. 2009 Feb;41(1):236-43. doi: 10.3758/BRM.41.1.236.
- Campana AN, Tavares M da C. Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para a pesquisa. São Paulo: Phorte; 2009. Capítulo 4, Diretrizes para a pesquisa em imagem corporal, Instrumentos disponíveis no Brasil, Body Checking Questionnaire; p. 171-3.
- Cano S, Klassen AF, Scott A, Thoma A, Feeny D, Pusic A. Health outcome and economic measurement in breast cancer surgery: challenges and opportunities. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2010 Oct;10(5):583-94. doi: 10.1586/erp.10.61.
- Cano SJ, Browne JP, Lamping DL. Patient-based measures of outcome in plastic surgery: current approaches and future directions. *Br J Plast Surg*. 2004 Jan;57(1):1-11. doi: 10.1016/j.bjps.2003.08.008.
- Cash TF, Fleming EC. The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *Int J Eat Disord*. 2002 May;31(4):455-60. doi: 10.1002/eat.10033.
- Chang BL, Wilson AJ, Taglienti AJ, Chang CS, Folsom N, Percec I. Patient Perceived Benefit in Facial Aesthetic Procedures: FACE-Q as a Tool to Study Botulinum Toxin Injection Outcomes. *Aesthet Surg J*. 2016 Jul;36(7):810-20. doi: 10.1093/asj/sjv244.
- Chen B, Song H, Gao Q, Xu M, Wang J, Wang F, et al. Measuring satisfaction with appearance: Validation of the FACE-Q scales for double-eyelid blepharoplasty with minor incision in young Asians- retrospective study of 200 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2017 Aug;70(8):1129-35. doi: 10.1016/j.bjps.2017.05.028.

- Ching S, Thoma A, McCabe RE, Antony MM. Measuring outcomes in aesthetic surgery: a comprehensive review of the literature. *Plast Reconstr Surg*. 2003 Jan;111(1):469-80; discussion 81-2. doi: 10.1097/01.PRS.0000036041.67101.48.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. [Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure]. *Rev Bras Reumatol*. 1999 May-Jun;39(3):143-50. Portuguese.
- Cogliandro A, Barone M, Persichetti P. Italian Linguistic Validation of the FACE-Q Instrument. *JAMA Facial Plast Surg*. 2017 Jul 1;19(4):336-7. doi: 10.1001/jamafacial.2016.2103.
- Coluci MZ. Measurement instruments for ergonomics surveys: methodological guidelines. In: Nunes IL, editor. *Ergonomics: a systems approach* [Internet]. London: InTech; 2012 [cited 2018 May 10]. p. 119-30. Available from: <https://www.intechopen.com/books/ergonomics-a-systems-approach/measurement-instruments-for-ergonomics-surveys-methodological-guidelines>.
- Corney RH, Clare AW. The construction, development and testing of a self-report questionnaire to identify social problems. *Psychol Med*. 1985 Aug;15(3):637-49.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951 Sept;16(3):297-334. doi: 10.1007/BF02310555.
- da Mota Falcao 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.
- de Brito MJ, Nahas FX, Barbosa MV, Dini GM, Kimura AK, Farah AB, et al. Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem, and mental health. *Ann Plast Surg*. 2010 Jul;65(1):5-10. doi: 10.1097/SAP.0b013e3181bc30f7.
- de Brito MJ, Nahas FX, Cordas TA, Tavares H, Ferreira LM. Body Dysmorphic Disorder in Patients Seeking Abdominoplasty, Rhinoplasty, and Rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg*. 2016 Feb;137(2):462-71. doi: 10.1097/01.prs.0000475753.33215.8f.
- de Brito MJ, Sabino Neto M, de Oliveira MF, Cordas TA, Duarte LS, Rosella MF, et al. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for

- Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS): Brazilian Portuguese translation, cultural adaptation and validation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015 Oct-Dec;37(4):310-6. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1664.
- DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *J Nurs Scholarsh.* 2007;39(2):155-64. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x.
- Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. [Translation into portuguese, cultural adaptation and validation of the Rosenberg self-esteem scale]. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2004 Jan-Apr;19(1):41-52. Portuguese.
- Dogruk Kacar S, Ozuguz P, Bagcioglu E, Coskun KS, Uzel Tas H, Polat S, et al. The frequency of body dysmorphic disorder in dermatology and cosmetic dermatology clinics: a study from Turkey. *Clin Exp Dermatol.* 2014 Jun;39(4):433-8. doi: 10.1111/ced.12304.
- Dunn OJ. Multiple comparisons using rank sums. *Technometrics.* 1964 Apr;6(3):241-52. doi: 10.1080/00401706.1964.10490181.
- Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol.* 2015 Apr;68(4):435-41. doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.11.021.
- Felix GAA, Nahas FX, Marcondes GB, Dos Santos AG, de Brito MJA, Ferreira LM. Brazilian Portuguese version of the Female Genital Self Image Scale (FGSIS) for women seeking abdominoplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2017 Dec;70(12):1786-7. doi: 10.1016/j.bjps.2017.07.007.
- Ferraz MB. Qualidade de vida: conceito e um breve histórico. *Jovem Med.* 1998;4:219-22.
- Ferreira MC. [Aesthetic plastic surgery: evaluation of results]. *Rev Bras Cir Plast.* 2000 Jan-Apr;15(1):55-66. Portuguese.
- 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. doi: 10.1054/bjps.1999.3093.
- Fleury CM, Schwitzer JA, Hung RW, Baker SB. Adverse Event Incidences following Facial Plastic Surgery Procedures: Incorporating FACE-Q Data to Improve Patient Preparation. *Plast Reconstr Surg.* 2018 Jan;141(1):28e-33e. doi: 10.1097/PRS.0000000000003962.

- Furlani EA. [Cultural adaptation of rhytidectomy outcome evaluation questionnaire: facial outcome evaluation]. *Rev Bras Cir Plast*. 2015;30(3):501-5. Portuguese. doi: 10.5935/2177-1235.2015RBCP0186.
- Furtado F, Hochman B, Ferrara SF, Dini GM, Nunes JM, Juliano Y, et al. What factors affect the quality of life of patients with keloids? *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2009 Nov-Dec;55(6):700-4. doi: 10.1590/S0104-42302009000600014.
- Galindo EM, Carvalho AM. [Translation, adaptation and internal consistency evaluation of the Eating Behaviours and Body Image Test for female children]. *Rev Nutr*. 2007 Jan-Feb;20(1):47-54. Portuguese. doi: 10.1590/S1415-52732007000100005.
- 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. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00086-9.
- Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 2002 Jun 15;324(7351):1417.
- Goin MK, Burgoyne RW, Goin JM. Face-lift operation: the patient's secret motivations and reactions to "informed consent". *Plast Reconstr Surg*. 1976 Sep;58(3):273-9.
- Goin MK, Burgoyne RW, Goin JM, Staples FR. A prospective psychological study of 50 female face-lift patients. *Plast Reconstr Surg*. 1980 Apr;65(4):436-42.
- Gouveia VV, Santos CA, Gouveia RS, Santos WS, Pronk SL. [Body investment scale (BIS): evidences of its factor validity and reliability]. *Aval Psicol*. 2008;7(1):57-66. Portuguese.
- Grossbart TA, Sarwer DB. Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. *Semin Cutan Med Surg*. 2003 Jun;22(2):136-47. doi: 10.1053/sder.2003.50013.
- 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 Dec;46(12):1417-32.

Gupta MA, Gupta AK. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. *Clin Dermatol*. 2013 Jan-Feb;31(1):72-9. doi: 10.1016/j.clindermatol.2011.11.010.

Guyatt GH. A taxonomy of health status instruments. *J Rheumatol*. 1995 Jun;22(6):1188-90.

Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993 Apr 15;118(8):622-9.

Hair JF, Black W, Babin B, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. 5th ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall; 2005.

Hersant B, Abbou R, SidAhmed-Mezi M, Meningaud JP. Assessment Tools for Facial Rejuvenation Treatment: A Review. *Aesthetic Plast Surg*. 2016 Aug;40(4):556-65. doi: 10.1007/s00266-016-0640-y.

Hibler BP, Schwitzer J, Rossi AM. Assessing Improvement of Facial Appearance and Quality of Life after Minimally-Invasive Cosmetic Dermatology Procedures Using the FACE-Q Scales. *J Drugs Dermatol*. 2016 Jan;15(1):62-7.

Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2004 Apr 1;113(4):1229-37. doi: 10.1097/01.PRS.0000110214.88868.CA.

Iorio ML, Stolle E, Brown BJ, Christian CB, Baker SB. Plastic surgery training: evaluating patient satisfaction with facial fillers in a resident clinic. *Aesthetic Plast Surg*. 2012 Dec;36(6):1361-6. doi: 10.1007/s00266-012-9973-3.

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 Mar 6;126(2):87-95. doi: 10.1590/S1516-31802008000200005.

Joseph AW, Ishii L, Joseph SS, Smith JI, Su P, Bater K, et al. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Surgeon Diagnostic Accuracy in Facial Plastic and Oculoplastic Surgery Clinics. *JAMA Facial Plast Surg*. 2017 Jul 1;19(4):269-74. doi: 10.1001/jamafacial.2016.1535.

Kappos EA, Temp M, Schaefer DJ, Haug M, Kalbermatten DF, Toth BA. Validating Facial Aesthetic Surgery Results with the FACE-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2017 Apr;139(4):839-45. doi: 10.1097/PRS.00000000000003164.

Klassen A, Fitzpatrick R, Jenkinson C, Goodacre T. Contrasting evidence of the effectiveness of cosmetic surgery from two health related quality of life measures. *J Epidemiol Community Health*. 1999 Jul;53(7):440-1.

Klassen AF, Cano SJ, Alderman A, East C, Badia L, Baker SB, et al. Self-Report Scales to Measure Expectations and Appearance-Related Psychosocial Distress in Patients Seeking Cosmetic Treatments. *Aesthet Surg J*. 2016a Oct;36(9):1068-78. doi: 10.1093/asj/sjw078.

Klassen AF, Cano SJ, East CA, Baker SB, Badia L, Schwitzer JA, et al. Development and Psychometric Evaluation of the FACE-Q Scales for Patients Undergoing Rhinoplasty. *JAMA Facial Plast Surg*. 2016b Jan-Feb;18(1):27-35. doi: 10.1001/jamafacial.2015.1445.

Klassen AF, Cano SJ, Pusic AL. Use of FACE-Q to Measure Quality of Life Following Aesthetic Facial Treatments. *JAMA Facial Plast Surg*. 2016c Mar-Apr;18(2):148-9.

Klassen AF, Cano SJ, Schwitzer JA, Baker SB, Carruthers A, Carruthers J, et al. Development and Psychometric Validation of the FACE-Q Skin, Lips, and Facial Rhytids Appearance Scales and Adverse Effects Checklists for Cosmetic Procedures. *JAMA Dermatol*. 2016d Apr;152(4):443-51. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.0018.

Klassen AF, Cano SJ, Scott A, Snell L, Pusic AL. Measuring patient-reported outcomes in facial aesthetic patients: development of the FACE-Q. *Facial Plast Surg*. 2010 Aug;26(4):303-9. doi: 10.1055/s-0030-1262313.

Klassen AF, Cano SJ, Scott AM, Pusic AL. Measuring outcomes that matter to face-lift patients: development and validation of FACE-Q appearance appraisal scales and adverse effects checklist for the lower face and neck. *Plast Reconstr Surg*. 2014 Jan;133(1):21-30. doi: 10.1097/01.prs.0000436814.11462.94.

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 7-9.

Kosowski TR, McCarthy C, Reavey PL, Scott AM, Wilkins EG, Cano SJ, et al. A systematic review of patient-reported outcome measures after facial cosmetic surgery and/or nonsurgical facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg*. 2009 Jun;123(6):1819-27. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181a3f361.

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

Macgregor FC. Patient dissatisfaction with results of technically satisfactory surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 1981;5(1):27-32.

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

Mitz V, Peyronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg*. 1976 Jul;58(1):80-8.

Napoleon A, Lewis CM. Psychological considerations in lipoplasty: the problematic or "special care" patient. *Ann Plast Surg*. 1989 Nov;23(5):430-2.

Oliveira AF, De Brito MJ, Satake SY, Ferreira LM. *Transtorno Dismórfico Corporal e a Pele. Transtorno Dismórfico Corporal: a mente que mente*. São Paulo: Ed Hogrefe; 2018.

Panchapakesan V, Klassen AF, Cano SJ, Scott AM, Pusic AL. Development and psychometric evaluation of the FACE-Q Aging Appraisal Scale and Patient-Perceived Age Visual Analog Scale. *Aesthet Surg J*. 2013 Nov 1;33(8):1099-109. doi: 10.1177/1090820X13510170.

Pasquali L. *Psicometria*. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Dec;43 Spec No:992-9. doi: 10.1590/S0080-62342009000500002

Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Jun;27(6):573-91. doi: 10.1002/da.20709.

Piccolo MS, Gragnani A, Daher RP, de Tubino Scanavino M, de Brito MJ, Ferreira LM. Burn Sexuality Questionnaire: Brazilian translation, validation and cultural adaptation. *Burns*. 2013 Aug;39(5):942-9. doi: 10.1016/j.burns.2012.10.012.

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. doi: 10.1016/j.burns.2015.04.016.

Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Cano SJ. Development and psychometric evaluation of the FACE-Q satisfaction with appearance scale: a new patient-reported outcome instrument for facial aesthetics patients. *Clin Plast Surg*. 2013 Apr;40(2):249-60. doi: 10.1016/j.cps.2012.12.001.

Ramos TD, Brito MJ, Piccolo MS, Rosella MF, Sabino MN, Ferreira LM. Body Dysmorphic Symptoms Scale for patients seeking esthetic surgery: cross-cultural validation study. *Sao Paulo Med J*. 2016 Nov-Dec;134(6):480-90. doi: 10.1590/1516-3180.2016.0068160416.

Rankin M, Borah GL, Perry AW, Wey PD. Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 1998 Nov;102(6):2139-45; discussion 46-7.

Sabino Neto M, da Silva AL, Garcia EB, Freire M, Ferreira L. Quality of life and self-esteem after breast asymmetry surgery. *Aesthet Surg J*. 2007 Nov-Dec;27(6):616-21. doi: 10.1016/j.asj.2007.09.002.

Sampaio RC, de Moraes C. [Oxidative stress and aging: role of physical exercise]. *Motriz Rev Educ Fis*. 2010 Apr-Jun;16(2):506-15. Portuguese.

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.

Schwitzer JA, Albino FP, Mathis RK, Scott AM, Gamble L, Baker SB. Assessing Demographic Differences in Patient-Perceived Improvement in Facial Appearance and Quality of Life Following Rhinoplasty. *Aesthet Surg J*. 2015a Sep;35(7):784-93. doi: 10.1093/asj/sjv066.

Schwitzer JA, Sher SR, Fan KL, Scott AM, Gamble L, Baker SB. Assessing Patient-Reported Satisfaction with Appearance and Quality of Life following Rhinoplasty Using the FACE-Q Appraisal Scales. *Plast Reconstr Surg*. 2015b May;135(5):830e-7e. doi: 10.1097/PRS.0000000000001159.

Sclafani AP, Pizzi L, Jutkowitz E, Mueller N, Jung M. FILLERS-Q: an instrument for assessing patient experiences after treatment with facial

- injectable soft tissue fillers. *Facial Plast Surg.* 2010 Aug;26(4):310-9. doi: 10.1055/s-0030-1262315.
- 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. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181f445ae.
- Sinno S, Schwitzer J, Anzai L, Thorne CH. Face-Lift Satisfaction Using the FACE-Q. *Plast Reconstr Surg.* 2015 Aug;136(2):239-42. doi: 10.1097/PRS.0000000000001412.
- Situm M, Buljan M. How to protect medical professionals from unrealistic expectations of clients in corrective dermatology? *Acta Clin Croat.* 2010 Dec;49(4):509-13.
- Skoog T. *Plastic surgery: new methods and refinements.* Philadelphia: Saunders; 1974.
- Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer.* 1988 Jan;57(1):109-12.
- Sucupira E, Abramovitz A. A simplified method for smile enhancement: botulinum toxin injection for gummy smile. *Plast Reconstr Surg.* 2012 Sep;130(3):726-8. doi: 10.1097/PRS.0b013e31825dc32f.
- Sucupira E, Sabino MN, Lima EL, Dini GM, Brito MJA, Ferreira LM. Short Mood and Feelings Questionnaire for screening children and adolescents for plastic surgery: cross-cultural validation study. *Sao Paulo Med J.* 2017 Nov-Dec;135(6):518-28. doi: 10.1590/1516-3180.2017.0036030517.
- van der Lei B, Bouman T. Validating Facial Aesthetic Surgery Results with the FACE-Q. *Plast Reconstr Surg.* 2018 Jan;141(1):184e-5e. doi: 10.1097/PRS.0000000000003987.
- Veale D, Neziroglu F. *Body Dysmorphic Disorder: a treatment manual.* West Suissx (UK): Wiley-Blackwell; 2010.
- Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. 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. doi: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x.

Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi Majd H, Nikanfar A, Ghahramanian A. Details of content validity and objectifying it in instrument development. Nurs Pract Today [Internet]. 2014 Oct [cited 2018 May 10];1(3):163-71. Available from: <http://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/24/24>.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

DeCS Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. São Paulo: BIREME; [cited 2018 Jan 26]. Available from: <http://decs.bvs.br/>.

Ferreira LM, organizadora. Projetos, dissertações e teses: orientação normativa: guia prático. São Paulo: Red Publicações; 2017.

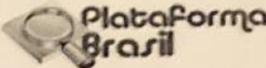
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de Apresentação Tabular. 3a ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação – Centro de Documentação e Disseminação de Informações; 1993.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Writing and editing for biomedical publication [Internet]. Vancouver (CA); 2007 Oct; [cited 2018 Jan 26]. Available from: <http://www.icmje.org/>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Folha de aprovação do protocolo CEP. 0588/2015

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO HOSPITAL SÃO PAULO UNIFESP-HSP</p>											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP												
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA												
Título da Pesquisa: Tradução para a língua portuguesa do Brasil, adaptação cultural e validação do instrumento Face-Q - Satisfaction with facial appearance overall												
Pesquisador: jose teixeira gama												
Área Temática:												
Versão: 2												
CAAE: 45325315.4.0000.5505												
Instituição Proponente: Escola Paulista de Medicina												
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio												
DADOS DO PARECER												
Número do Parecer: 1.337.005												
Apresentação do Projeto:												
Trata-se de resposta de pendencia apontada no parecer CEP. 1.113.010 de 18/6/2015												
<p>Nº CEP: 0588/2015 A demanda cada vez maior pela cirurgia plástica facial da população para melhorar a aparência é evidente, devido ao aumento significativo da longevidade. Por este fator a importância de instrumentos de mensuração de resultados qualificativos da cirurgia plástica facial. A satisfação com aparência facial é, sem dúvida o desfecho mais importante para os paciente de rejuvenescimento facial, porem existe pesquisas limitadas para avaliar a perspectivas do paciente. O Face-Q é um novo instrumento de resultado reportado pelo paciente para avaliar uma variação de desfechos para pacientes submetidos à qualquer tipo cirurgia facial</p>												
Objetivo da Pesquisa:												
Traduzir o instrumento Face-Q - Satisfaction with Facial Appearance Overall para a língua portuguesa do Brasil, adaptá-lo culturalmente, testar a sua reprodutibilidade, sua confiabilidade e validade de face, bem como o seu conteúdo e construto.												
<table border="0"> <tr> <td>Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14</td> <td>CEP: 04.023-061</td> </tr> <tr> <td>Bairro: VILA CLEMENTINO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: SAO PAULO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (11)5571-1062</td> <td>Fax: (11)5539-7162</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14	CEP: 04.023-061	Bairro: VILA CLEMENTINO		UF: SP	Município: SAO PAULO	Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162		E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com
Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14	CEP: 04.023-061											
Bairro: VILA CLEMENTINO												
UF: SP	Município: SAO PAULO											
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162											
	E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com											
Página 01 de 04												



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO HOSPITAL SÃO
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.337.005

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no parecer CEP. 1.113.010 de 18/6/2015

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme descrito no parecer CEP. 1.113.010 de 18/6/2015

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme descrito no parecer CEP. 1.113.010 de 18/6/2015

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

pendencias apontadas no parecer inicial:

- 1) Adequar o TCLE: explicar do que se trata o questionário FACE-Q no item 2 do TCLE Incluir no TCLE: - é necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (e não 2 cópias), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador. - todas as folhas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.) e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.
- 2) Toda pesquisa a ser realizada no Hospital Universitário - Hospital São Paulo (HU/HSP) deverá vir acompanhada de carta de autorização da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do HU/HSP (que pode ser conseguida na Diretoria Clínica do HSP, no 1º andar do Hospital São Paulo). Esta, é uma solicitação da Diretoria Clínica do HSP/HU.
- 3) Rever a informação dada, no campo "Riscos" no formulário da plataforma brasil e no TCLE, que indica que a pesquisa não pode causar riscos. Conforme orientação da CONEP, lembramos que qualquer pesquisa com seres humanos pode causar algum risco, por mínimo que seja. No que diz respeito a esta pesquisa, por exemplo, a entrevista/ questionário embora não implique em riscos do ponto de vista clínico, pode causar um risco mínimo de desconforto emocional.

resposta: adequações realizadas no TCLE e carta da CoEP apresentada.

Pendencias atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO HOSPITAL SÃO
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.337.005

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_407800.pdf	23/11/2015 15:41:35		Aceito
Outros	carta_pendencia.docx	23/11/2015 15:40:37	jose teixeira gama	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO3.docx	23/11/2015 15:30:02	jose teixeira gama	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao.pdf	28/09/2015 10:49:59	jose teixeira gama	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_corrigeido.docx	28/09/2015 10:41:40	jose teixeira gama	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RESPOSTA_PENDENCIA.docx	28/09/2015 10:22:53	jose teixeira gama	Aceito
Outros	face Q autorização da coordenadoria de ensino e pesquisa.pdf	17/07/2015 16:13:51		Aceito
Folha de Rosto	Plataforma Brasil folha de Rosto.jpg	03/03/2015 18:39:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	23/02/2015 10:04:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Gama corrigido Daniela 2P.docx	23/02/2015 10:01:38		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Novembro de 2015

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

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

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

APÊNDICE 2

Folha de Aprovação do Mapi

MapiTM
Research Trust

ORIGINAL

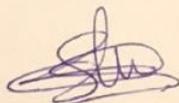
Lyon, December 9, 2014

Re: Letter to certify Dr. Jose Teixeira Gama's rights to use and translate the FACE-Q

This letter is to certify that Dr. Jose Teixeira Gama, Brazil, obtained permission on August 11, 2014 to use the FACE-Q from the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center ('MSK'), represented by Dr Andrea Pusic, copyright holder of the FACE-Q.

The MSK has granted Mapi Research Trust the official exclusive right to distribute the FACE-Q translations, acting on its behalf. As the translations he needs are not available yet, Dr. Jose Teixeira Gama signed a Translation Agreement with Mapi Research Trust, dated August 20, 2014 and due to terminate in December 2015.

Mapi Research Trust therefore and hereby confirms that Dr. Jose Teixeira Gama can translate the original US English FACE-Q Scales into Portuguese for Brazil and then use the translation in the context of a not-funded academic study.



Christelle Berne
Team Manager
Information Support
Mapi Research Trust

Mapi Research Trust • 27 rue de la Villette • 69003 Lyon • France
Tel: +33 (0) 4 72 13 65 75 • Fax: +33 (0) 4 72 13 66 82 • www.mapi-trust.org • www.mapigroup.com
PROinformation@mapi-trust.org

Association de loi 1901 enregistrée à Carpentras • N° Siret 453 979 346 00013 • T.V.A. FR 44 453 979 346

De: dilauraa@mskcc.org
Enviada: Segunda-feira, 11 de Agosto de 2014 15:35
Para: larossetto@uol.com.br
Assunto: RE: Carta à Dra. Pusic

Hello Jose,

I am happy to hear of your interest in the FACE-Q.

I have attached the FACE-Q Satisfaction with Appearance Scale as well as the scoring table.

I have copied Piero our contact at Mapi on this email. He will help you with the translation process for Brazilian Portuguese.

Please let me know if you need anything else.

1

Thank You,

Allison DiLaura

Assistant, Dr. Andrea Pusic

dilauraa@mskcc.org

APÊNDICE 3

Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa traduzir e validar o FACE-Q para os pacientes que serão submetidos ao rejuvenescimento facial com a cirurgia de plástica facial.
2. Você responderá ao questionário, que é composto por 10 perguntas, da melhor forma possível.
3. Não será pedido, além do preenchimento do questionário, nenhum outro procedimento.
4. A pesquisa não fornecerá benefícios diretos aos participantes.
5. O participante terá acesso, em qualquer etapa do estudo, os profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o médico José Teixeira Gama, que poderá ser encontrado no endereço do ambulatório da Disciplina de Cirurgia Plástica da EPM-UNIFESP, ou pelo telefone 11 995183969. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Botucatu, 572 1º andar- cj 14, (11) 5571-1062, Fax: (11) 5539-7162- E-mail: cepunifesp@epm.br.
6. É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo a continuidade de um eventual tratamento.
7. É garantido o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudo aberto, ou de resultados que seja, de conhecimentos dos pesquisadores.
8. Não há despesas pessoais para o participante desse estudo, incluindo a consulta. Também não há compensação financeira relacionada à participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

9. Em caso de danos pessoais, diretamente causados pelos procedimentos propostos neste estudo (com nexos casual comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.
10. É compromisso do pesquisador somente utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim descrevendo o estudo “*FACE-Q SATISFACTION WITH FACIAL APPEARANCE OVERALL*”- TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO”. Discuti com o médico JOSÉ TEIXEIRA GAMA sobre a minha decisão em participar desse estudo.

Ficaram claros para mim, quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimento permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou no meu entendimento neste serviço.

_____ Data ____/____/____.

ASSINATURA DO PACIENTE

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

_____ Data ____/____/____.

DR. JOSÉ TEIXEIRA GAMA

APÊNDICE 4

Protocolo dos dados sociodemográficos e clínicos

APÊNDICE 4. PROTOCOLO PARA COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
NOME:	IDADE:	
DATA DE NASCIMENTO:	FOTOTIPO:	MENOPAUSA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva		
ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Superior		
PROFISSÃO:		
TELEFONE PARA CONTATO:		
DADOS PESSOAIS		
Alguma vez já tomou medicação psiquiátrica, ou teve acompanhamento psicológico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual e quando?		
Faz uso atual de alguma outra medicação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?		
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FACIAL: Data da Cirurgia: _____ Área Facial Abordada: <input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> 1/3 Médio <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Pálpebra Superior <input type="checkbox"/> Pálpebra Inferior		

APÊNDICE 5

Face Q – Satisfaction with Facial Appearance Overall adaptada culturalmente com 10 itens

Satisfação geral com a aparência da face

Estas perguntas são sobre sua aparência atual. Para cada questão, circule apenas uma resposta. Considerando seu rosto como um todo, na última semana, qual o seu grau de satisfação ou insatisfação em relação a cada item abaixo:

	MUITO INSATISFEITO	UM POUCO INSATISFEITO	UM POUCO SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
a) Com a simetria do seu rosto?	1	2	3	4
b) Com a harmonia do seu rosto?	1	2	3	4
c) Com relação a proporção do seu rosto?	1	2	3	4
d) Com a aparência do seu rosto no final do dia?	1	2	3	4
e) Com o frescor do seu rosto?	1	2	3	4
f) Com a aparência descansada do seu rosto?	1	2	3	4
g) Com a aparência do seu perfil (vista lateral)?	1	2	3	4
h) Com a aparência do seu rosto em fotos?	1	2	3	4
i) Com a aparência do seu rosto ao acordar?	1	2	3	4
j) Com a aparência do seu rosto sob luz intensa (ou forte)?	1	2	3	4

APÊNDICE 6

Tabela I – Medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por menopausa

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Total									0,977
Sem menopausa	80,9	17,2	48,1	100,0	63,0	88,9	92,6	13	
Com menopausa	78,7	21,5	11,1	100,0	63,0	88,9	92,6	44	
Viço									0,970
Sem menopausa	75,9	21,7	26,7	100,0	63,3	80,0	93,3	13	
Com menopausa	75,1	22,6	13,3	100,0	60,0	80,0	93,3	45	
Geometria									0,910
Sem menopausa	87,2	19,4	33,3	100,0	79,2	91,7	100,0	13	
Com menopausa	83,9	22,8	8,3	100,0	68,8	100,0	100,0	45	

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney

Tabela II – Medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por estado civil

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	P
Total									0,692 ^a
Com companheiro	79,5	21,5	11,1	100,0	63,0	88,9	96,3	35	
Sem companheiro	78,8	19,2	44,4	100,0	64,8	88,9	92,6	22	
Viço									0,735
Com companheiro	74,5	22,5	13,3	100,0	60,0	80,0	93,3	35	
Sem companheiro	76,5	22,2	20,0	100,0	60,0	86,7	93,3	23	
Geometria									0,286 ^a
Com companheiro	85,7	23,5	8,3	100,0	75,0	100,0	100,0	35	
Sem companheiro	83,0	19,5	33,3	100,0	72,9	83,3	100,0	22	

p - nível descritivo do teste t de Student ou de Mann-Whitney^(a)

Tabela III – Medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por escolaridade

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Total									0,104
Fundamental	83,3	19,1	44,4	92,6	77,8	90,7	92,6	6	
Médio	73,8	25,2	11,1	100,0	55,6	83,3	96,3	24	
Superior	86,8	11,8	48,1	100,0	84,3	88,9	93,5	18	
Viço									0,107
Fundamental	78,9	12,9	53,3	86,7	73,3	83,3	86,7	6	
Médio	69,9	28,9	13,3	100,0	40,0	86,7	96,7	25	
Superior	81,9	13,3	46,7	100,0	73,3	80,0	93,3	18	
Geometria									0,082 ^a
Fundamental	88,9	27,2	33,3	100,0	83,3	100,0	100,0	6	
Médio	80,2	24,8	8,3	100,0	66,7	91,7	100,0	24	
Superior	93,1	12,9	50,0	100,0	83,3	100,0	100,0	18	

p - nível descritivo da ANOVA ou do teste de Kruskal-Wallis^(a)

Tabela IV – Medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por uso de medicações, exceto psiquiátricas

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	P
Total									0,268
Não uso de medicações	78,7	24,5	11,1	100,0	55,6	90,7	99,1	28	
Uso de medicações	79,7	16,1	44,4	96,3	70,4	85,2	92,6	29	
Viço									0,367
Não uso de medicações	74,8	27,5	13,3	100,0	48,3	86,7	100,0	28	
Uso de medicações	75,8	16,2	40,0	100,0	65,0	80,0	86,7	30	
Geometria									0,884
Não uso de medicações	83,6	24,9	8,3	100,0	75,0	100,0	100,0	28	
Uso de medicações	85,6	19,0	33,3	100,0	75,0	91,7	100,0	29	

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney

Tabela V – Medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por localização do procedimento- médio

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	P
Total									0,082
Médio	77,1	16,9	44,4	100,0	61,1	83,3	88,9	22	
Não médio	80,5	22,6	11,1	100,0	63,0	92,6	96,3	35	
Viço									0,374
Médio	73,3	21,9	20,0	100,0	60,0	80,0	86,7	23	
Não médio	76,6	22,6	13,3	100,0	60,0	86,7	93,3	35	
Geometria									0,136
Médio	83,3	18,4	33,3	100,0	75,0	83,3	100,0	22	
Não médio	85,5	24,1	8,3	100,0	66,7	100,0	100,0	35	

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney

Tabela VI – Medidas-resumo dos fatores de satisfação da face por localização do procedimento- cervical

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	P
Total									0,278
Cervical	79,5	14,7	44,4	92,6	74,1	85,2	88,9	15	
Não cervical	79,1	22,3	11,1	100,0	58,3	88,9	96,3	42	
Viço									0,617
Cervical	74,6	21,3	20,0	100,0	61,7	80,0	86,7	16	
Não cervical	75,6	22,8	13,3	100,0	60,0	86,7	93,3	42	
Geometria									0,552
Cervical	87,8	10,9	66,7	100,0	83,3	83,3	100,0	15,0	
Não cervical	83,5	24,7	8,3	100,0	66,7	100,0	100,0	42,0	

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney

APÊNDICE 7

Versão brasileira da Face Q – Satisfaction with Facial Appearance

Overall com 9 itens

Conversão Satisfação Total		Conversão Satisfação da Aparência Geral do rosto		Conversão Satisfação da Geometria do rosto	
Escore Bruto	Escore 0 -100	Escore Bruto	Escore 0 -100	Escore Bruto	Escore 0 -100
9	0	5	0	4	0
10	4	6	7	5	8
11	7	7	13	6	17
12	11	8	20	7	25
13	15	9	27	8	33
14	19	10	33	9	42
15	22	11	40	10	50
16	26	12	47	11	58
17	30	13	53	12	67
18	33	14	60	13	75
19	37	15	67	14	83
20	41	16	73	15	92
21	44	17	80	16	100
22	48	18	87		
23	52	19	93		
24	56	20	100		
25	59				
26	63				
27	67				
28	70				
29	74				
30	78				
31	81				
32	85				
33	89				
34	93				
35	96				
36	100				

APÊNDICE 8

Tabela VII – Teste de Kolmogorov-Smirnov para normalidade

	Kolmogorov-Smirnov		N
	z	p	
Menopausa			
Total	1,53	0,018	57
Fator1 – viço	1,37	0,046	58
Fator2 – geometria	1,81	0,003	57
Estado civil			
Total	1,69	0,007	57
Fator1 – viço	1,27	0,081	58
Fator2 – geometria	1,89	0,002	57
Escolaridade			
Total	1,07	0,200	48
Fator1 – viço	0,82	0,514	49
Fator2 – geometria	1,90	0,002	48
Outras medicações			
Total	1,66	0,008	57
Fator1 – viço	1,36	0,049	58
Fator2 – geometria	1,91	0,001	57
Local do procedimento			
Frontal			
Total	1,38	0,044	57
Fator1 – viço	0,96	0,321	58
Fator2 – geometria	1,69	0,007	57
Médio			
Total	1,78	0,004	57
Fator1 – viço	1,57	0,015	58
Fator2 – geometria	1,92	0,001	57
Cervical			
Total	1,72	0,005	57
Fator1 – viço	1,39	0,043	58
Fator2 – geometria	1,73	0,005	57
Pálpebra superior			
Total	1,52	0,019	57
Fator1 – viço	1,36	0,048	58
Fator2 – geometria	1,89	0,002	57
Pálpebra inferior			
Total	1,62	0,011	57
Fator1 – viço	1,54	0,018	58
Fator2 – geometria	1,96	0,001	57

APÊNDICE 9

Tabela VIII – Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído – 10 itens

	Correlação Item – Total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Alpha de Cronbach= 0,919		
a Com o quanto seu rosto parece simétrico	0,725	0,910
b Com o quanto seu rosto parece equilibrado	0,780	0,908
c Com o quanto seu rosto parece proporcional	0,704	0,911
d. Com a aparência do seu rosto no final do dia	0,508	0,921
e Com o quanto seu rosto parece fresco	0,700	0,911
f Com o quanto seu rosto parece descansado	0,658	0,914
g Com a aparência do seu perfil (vista lateral)	0,765	0,907
h Com a aparência do seu rosto em fotos	0,700	0,911
i Com a aparência do seu rosto ao acordar	0,676	0,913
j Com a aparência do seu rosto sob luz intensa (ou forte)	0,798	0,905

N=56

ANEXO 1

FACE Q – SATISFACTION WITH FACIAL APPEARANCE OVERALL

SATISFACTION WITH FACIAL APPEARANCE OVERALL

These questions ask about how you look right now. For each question, circle only one answer. With your entire face in mind, in the past week, how satisfied or dissatisfied have you been with:

	Very Dissatisfied	Somewhat Dissatisfied	Somewhat Satisfied	Very Satisfied
a. How <u>symmetric</u> your face looks?	1	2	3	4
b. How <u>balanced</u> your face looks?	1	2	3	4
c. How <u>well-proportioned</u> your face looks?	1	2	3	4
d. How your face looks at the <u>end of your day</u> ?	1	2	3	4
e. How <u>fresh</u> your face looks?	1	2	3	4
f. How <u>rested</u> your face looks? ✓	1	2	3	4
g. How your <u>profile</u> (side view) looks?	1	2	3	4
h. How your face looks in <u>photos</u> ?	1	2	3	4
i. How your face looks when you first <u>wake-up</u> ?	1	2	3	4
j. How your face looks under <u>bright lights</u> ?	1	2	3	4

ANEXO 2**Tabela com os escores de pontuação de zero a 100 – original**

CONVERSION TABLE	
SUN SCORE	Equivalencia RASCH –Pontuação Transformada(0-100)
10	0
11	10
12	16
13	19
14	23
15	25
16	28
17	30
18	33
19	35
20	37
21	39
22	41
23	44
24	46
25	48
26	51
27	53
28	56
29	59
30	61
31	64
32	67
33	70
34	73
35	76
36	80
37	83
38	87
39	93
40	100

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

American Society of Plastic Surgeons.

<https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2017/plastic-surgery-statistics-full-report-2017.pdf>

FACE Q: a guide for researchers and clinicians [Internet]. Users' manual version 1.0. New York: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center; 2015 Jan [cited 2018 May 9]. Available from: <https://www.rcseng.ac.uk/-/media/files/rcs/standards-and-research/standards-and-policy/service-standards/cosmetic-surgery/datasets/faceq-user-manual-2015.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, c2018 [cited 2018 May 9]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/>.

International Society of Aesthetic Plastic Surgery. The international study on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2016 [Internet]. Hanover (NH): ISAPS; 2016 [cited 2018 May 9]. Available from: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/GlobalStatistics2016-1.pdf>

MAPI trust at [Internet]. [cited 2018 May 9]. Available from: PROinformation@mapi-trust.org

Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, Bouter LM, de Vet HC. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res.* 2010 May;19(4):539-49. doi: 10.1007/s11136-010-9606-8.

PROQOLID website [Internet]. [cited 2018 May 9]. Available from: http://www.proqolid.org/instruments/face_q_face_q