

FABIANNE MAGALHÃES PIMENTEL FURTADO

**TRADUÇÃO PARA O IDIOMA PORTUGUÊS,
ADAPTAÇÃO CULTURAL E CONFIABILIDADE
DO *QUESTIONNAIRE OF QUALITY OF LIFE
FOR PATIENTS WITH KELOID AND
HYPERTROPHIC SCARRING.***

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

SÃO PAULO

2008

FABIANNE MAGALHÃES PIMENTEL FURTADO

**TRADUÇÃO PARA O IDIOMA PORTUGUÊS,
ADAPTAÇÃO CULTURAL E CONFIABILIDADE
DO *QUESTIONNAIRE OF QUALITY OF LIFE
FOR PATIENTS WITH KELOID AND
HYPERTROPHIC SCARRING.***

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

ORIENTADOR: Prof. BERNARDO HOCHMAN

CO-ORIENTADORES: Prof. GAL MOREIRA DINI

Prof. JOSÉ MÁRIO CAMELO NUNES

SÃO PAULO

2008

Furtado, Fabianne Magalhães Pimentel.

Tradução para o idioma português, adaptação cultural e confiabilidade do *Questionnaire of Quality of Life for Patients with Keloid and Hypertrophic Scarring*. / Fabianne Magalhães Pimentel Furtado. – São Paulo, 2008.
xix, 178 f.

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

Translation to Portuguese language, cultural adaptation and reability of the Questionnaire of Quality of Life for Patients with Keloid and Hypertrophic Scarring.

1. Tradução (processo). 2. Questionários. 3. Qualidade de vida. 4. Oueloide. 5. Cicatriz hinertrófica.

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

COORDENADORA: Prof^a. Dr^a. Lydia Masako Ferreira

Dedicatórias

*Dedicar é reconhecer que não se faz nada sozinho.
É agradecer o apoio, o incentivo, a ajuda e o
conselho sempre constantes e completamente
necessários.*

*A vocês, que terão seus nomes lembrados nas
próximas páginas, a minha melodiosa
homenagem...*

“Eu pensei em te dizer

Tanta coisa

Mas pra que

Se eu tenho a música”.

(Bem simples - Roupa Nova)

Ao verdadeiro Mestre [e maestro]

*“Por tudo o que tens feito
Por tudo o que vai fazer
Por tuas promessas e tudo que és
Eu quero Te agradecer
Com todo o meu ser...
Te agradeço meu Senhor.”*

(Te agradeço – Diante do Trono)

Aos Meus Pais [e spallas] Valdir e Céle

*“Se tenho vocês comigo
Eu já tenho meu tesouro
O amor de vocês me deixa forte
Pra qualquer coisa na vida...
Se chove pra cima
Pra mim não importa
Se só o carinho de vocês
Me basta e me sobra”*

(Se chove pra cima – Alexandre Pires)

Ao meu namorado [e grande violonista] João

“Você é a escada da minha subida

Você é o amor da minha vida

É o meu abrir de olhos no amanhecer

Verdade que me leva a viver...

Você é a tradução do que é o amor”.

(Esperando na Janela – Cogumelo Plutão)

*À minha família [o coro de apoio]: avós (in
memoriam), irmãos, tios e primos*

*“É lá o início de tudo
o a bê cê dê;
de lá, caminhos do mundo”.*

(A Família – Edu Lobo)

*Às minhas amigas [e integrantes da Orquestra]
Cristina, Camila, Raquel, Danielle e Marilene*

*“Pra gente ser feliz
Tem que cultivar as nossas amizades
Os amigos de verdade”.*

(Era Uma vez - Toquinho)

Ao professor [e grande compositor da Arte Médica] Paulo César da Silva Godinho (in memoriam)

“Se lembra quando a gente chegou um dia a acreditar

Que tudo era p'rá sempre

Sem saber

Que o p'rá sempre

Sempre acaba?

Mas, nada vai conseguir mudar o que ficou”.

(Por Enquanto - Legião Urbana)

Agradecimentos

Ao pessoal dos bastidores

PROF^a. DR^a **LYDIA MASAKO FERREIRA**, TITULAR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP).

PROF. **ALFREDO GRAGNANI FILHO**, PROFESSOR AFILIADO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E VICE-COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP).

PROF. **BERNARDO HOCHMAN**, PROFESSOR AFILIADO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E ORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP), POR ALCANÇAR A PERFEITA AFINAÇÃO ENTRE DOCÊNCIA, PESQUISA E AMIZADE.

PROF. **GAL MOREIRA DINI**, PROFESSOR AFILIADO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E ORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP).

PROF. **JOSÉ MÁRIO CAMELO NUNES**, CO-ORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP).

PROF. **SILVIO DUAILIBI**, PROFESSOR COLABORADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP).

DEMAIS **DOCENTES** DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP).

FISIOTERAPEUTAS **SORAIA FERRARA** E **CLAÚDIA FREIRE**, AMIGAS DO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP).

FISIOTERAPEUTA **GRAZIELA BORBA** E ENFERMEIRA **JULIETA CHACON**, AMIGAS PÓS-GRADUANDAS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP).

DEMAIS COLEGAS **PÓS-GRADUANDOS** DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP).

ACADÊMICOS **FELIPE ISOLDI**, ALUNO DO 6º ANO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) E **CAROLINE FARKAS**, ALUNA DO 4º ANO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP).

SECRETÁRIAS DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA E DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP): **SILVANA DE ASSIS, MARTA DOS REIS E SANDRA DA SILVA.**

INTEGRANTES DA CASA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP): ASSISTENTE ADMINISTRATIVA **CLAUDETE SILVA**, TÉCNICA EM ENFERMAGEM **ELENA DA SILVA**, AUXILIAR DE ENFERMAGEM **CLARISSE PEREIRA** E VOLUNTÁRIAS **LÚCIA HAYASHI, SÔNIA ELI E LUÍZA KANEKO.**

AOS DERMATOLOGISTAS **SAMIRA YARAK**, MÉDICA COMISSIONADA DO DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) E **ELIMAR GOMES.**

ÀS PSICÓLOGAS **TATIANA SILVEIRA E MARIA JOSÉ BRITO.**

Eu agradeço a você...

Sempre ajudando, sorrindo, dizendo

Que não tem de quê”.

(Eu Agradeço - Vinícius de Moraes)

O que todo médico quer para todos de seus pacientes, quer jovens ou idosos, não é exatamente a ausência da morte, mas VIDA, com uma vibrante QUALIDADE, comparada àquela da juventude.

Elkinton, 1973

SUMÁRIO

DEDICATÓRIAS.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	xi
LISTA DE QUADROS	xvi
LISTA DE TABELAS.....	xviii
RESUMO	xix
1. INTRODUÇÃO	2
2. OBJETIVO	8
3. LITERATURA	10
4. MÉTODOS	27
5. RESULTADOS.....	37
6. DISCUSSÃO	46
7. CONCLUSÕES	70
8. REFERÊNCIAS	72
NORMAS ADOTADAS.....	102
ABSTRACT	104
APÊNDICES.....	106
ANEXOS.....	137
FONTES CONSULTADAS.....	177

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação e quesitos das cicatrizes fibroproliferativas segundo MUIR (1990)	28
Quadro 2 – <i>Questionnaire of Quality of Life for Patients with Keloid and Hypertrophic Scarring</i>	31
Quadro 3 – Fórmula para cálculo dos escores	32
Quadro 4 – Modificações à 1ª versão efetuadas pelo grupo multidisciplinar	37
Quadro 5 – Modificações efetuadas à 2ª versão pelo grupo multidisciplinar	38
Quadro 6 – Resultados dos pré-testes 1 e 2	39
Quadro 7 – Modificação efetuada à 3ª versão pelo grupo multidisciplinar	40
Quadro 8 – Distribuição do Grupo A quanto à localização da cicatriz.....	111
Quadro 9 – Distribuição do Grupo A quanto ao tipo de tratamento e à associação de terapias conservadoras	111
Quadro 10 – Distribuição do Grupo B quanto à localização corporal da cicatriz.....	113
Quadro 11 – Distribuição do Grupo B quanto ao tipo de tratamento e à associação de terapias conservadoras	113
Quadro 12 – Distribuição do Grupo C quanto à localização corporal da cicatriz.....	115
Quadro 13 – Distribuição do Grupo C quanto ao tipo de tratamento e à associação de terapias conservadoras	115
Quadro 14 – Distribuição do Grupo C quanto à causa.....	115
Quadro 15 – Distribuição dos pacientes de acordo com o Grupo quanto à localização corporal da cicatriz.....	117

Quadro 16 – Distribuição dos pacientes de acordo com o Grupo quanto ao tipo de tratamento e à associação de terapias conservadoras.....	117
Quadro 17 – Compreensão dos itens do questionário, por grupo, no pré-teste 1	126
Quadro 18 – Compreensão dos itens do questionário, por grupo, no pré-teste 2	128
Quadro 19 – Pontuação individual para as escalas física e psicológica, em cada avaliação	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Coeficientes de correlação intraclasse para as escalas física e psicológica	42
Tabela 2 – Coeficientes α -Cronbach calculados em cada avaliação para as escalas física e psicológica	44
Tabela 3 – Características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes no Pré-teste 1 (Grupo A)	110
Tabela 4 – Características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes do Pré-teste 2 (Grupo B)	112
Tabela 5 – Características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes na fase de confiabilidade (Grupo C)	114
Tabela 6 – Características clínicas e sócio-demográficas de todos os pacientes, individualizados de acordo com o Grupo (1, 2 e 3)	116
Tabela 7 – Medidas descritivas da variável tempo de preenchimento do questionário nos grupos A, B e C	118
Tabela 8 – Medidas descritivas das escalas física e psicológica em cada avaliação, por grupo	129
Tabela 9 – Frequência das respostas na 1ª avaliação	130
Tabela 10 – Frequência das respostas na 2ª avaliação	131
Tabela 11 – Medidas descritivas das escalas física e psicológica de acordo com a resposta dada ao item 15, na 1ª avaliação	134
Tabela 12 - Medidas descritivas das escalas física e psicológica, de acordo com a resposta dada ao item 15, na 2ª avaliação	135

RESUMO

Introdução: Quelóides e cicatrizes hipertróficas são distúrbios cicatriciais caracterizados pelo aumento na deposição de colágeno. As modalidades terapêuticas existentes são inespecíficas em razão do pouco conhecimento da patogênese da doença. A avaliação da qualidade de vida é necessária porque esses pacientes apresentam repercussões físicas, psicológicas e sociais. No Brasil, não há estudos sobre a qualidade de vida dos pacientes portadores de quelóide e cicatriz hipertrófica. **Objetivo:** Traduzir para o idioma português, adaptar culturalmente e verificar a confiabilidade do *Questionnaire of Quality of Life for Patients with Keloid and Hypertrophic Scarring*. **Métodos:** Foram realizadas 2 traduções iniciais e 2 retro-traduições, intercaladas por revisões do grupo multidisciplinar. Na fase de adaptação cultural, o questionário foi aplicado a 30 pacientes. Durante essa fase, as questões que apresentaram mais de 20% de não compreensão foram modificadas e novamente aplicadas a outros 15 pacientes. Para a avaliação da confiabilidade, outros 58 pacientes foram selecionados em 2 dias distintos. **Resultados:** Durante as etapas de tradução e adaptação cultural 6 itens foram modificados. Na fase de confiabilidade, o instrumento apresentou coeficiente de correlação intraclassa (CCI) de 0,783 e 0,917 para os domínios físico e psicológico, respectivamente. A consistência interna para os domínios físico e psicológico, respectivamente, na primeira avaliação foi de 0,767 e 0,866, e 0,845 e 0,850 na segunda avaliação. **Conclusões:** O *Questionnaire of Quality of Life for Patients with Keloid and Hypertrophic Scarring* foi traduzido para o português e adaptado à cultura brasileira com sucesso. O instrumento mostrou ser confiável.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A pele, o maior órgão corporal, é a sede de várias doenças ou onde outras, sistêmicas, se manifestam (MOHLA, HORVATH, STEVENS, 1999; IKEDIOBI & TYRING, 2002; KATSAMBAS, STEFANAKI, CUNLIFFE, 2004; SONTHEIMER, 2004; RHEE *et al.*, 2005; LANGLEY, KRUEGER, GRIFFITHS, 2005; ONGENAE *et al.*, 2006). Além de funções como proteger o organismo contra patógenos externos, regular a temperatura corporal e auxiliar na produção de vitamina D e melanina (CHUONG *et al.*, 2002; WILSON, 2005), a pele é um órgão de comunicação e percepção (SILVA & MÜLLER, 2007). Por isso, quando sua integridade é perdida, como nos casos de queimadura, ou sua estrutura alterada, além da vulnerabilidade a que predispõe o indivíduo, pode dar origem a transtornos sociais, emocionais e psicológicos em graus variados de gravidade dependendo da visibilidade (JOVANOVIC *et al.*, 1994; BARAKIN & DeKOVEN, 2002; THOMAS, 2004; PANCONESI, 2005).

O tratamento efetivo das doenças cutâneas, em mais de um terço dos casos, está associado ao reconhecimento e controle dos distúrbios psicológicos (JAFFERANY, 2007). A desfiguração surgida, por exemplo, após o vitiligo e a acne conglobata, resulta em problemas psicológicos como diminuição da auto-estima, depressão, fobia social e intenção suicida (GARRIE & GARRIE, 1978; COTTERILL, 1989; HULL, CUNLIFFE, HUGHES, 1991; COTTERILL & CUNLIFFE, 1997; HUMPHREYS & HUMPHREYS, 1998; GUPTA & GUPTA, 2001; PICARDI *et al.*, 2001; BERRINO *et al.*, 2006; VARGAS LAGUNA, PENA PAYERO, VARGAS MARQUEZ, 2006). O sentimento de inadequação e estigma vivenciado pelos pacientes com doenças dermatológicas é evidente diante das

exigências e padrões estéticos impostos pela sociedade atual (SILVA & MÜLLER, 2007).

De fato, a pele pode causar e reagir ao estresse emocional. Isso ocorre devido à interação mente-pele realizada pela liberação de mediadores do sistema neuro-imuno-cutâneo (KOO & LEBWOHL, 2001; CHUH, WONG, ZAWAR, 2006).

Nesse contexto, torna-se relevante analisar o impacto das cicatrizes patológicas. Atualmente, cerca de 100 milhões de pessoas adquirem cicatrizes cutâneas por causas cirúrgicas ou não cirúrgicas (BAYAT, MCGROUTHER, FERGUSON, 2003). O reparo tecidual normal, nos mamíferos, pode ser considerado fundamental na manutenção da espécie na medida em que permite a cicatrização rápida da ferida, prevenindo a ocorrência de infecção. Entretanto, esse processo, quando patológico, pode causar em alguns casos, seqüelas físicas, psicológicas, sociais e funcionais.

Em Cirurgia Plástica, as cicatrizes merecem destaque. Primeiro, pelo aumento contínuo na procura por cirurgias estéticas (KRIEGER, 2002); segundo, pelos pacientes confiarem ao cirurgião plástico expectativas irrealistas de cicatrizes invisíveis (CROCKETT, 1974).

Quelóides e cicatrizes hipertróficas são distúrbios cicatriciais cutâneos dos seres humanos, resultantes de uma deposição excessiva de colágeno (DATUBO-BROWN, 1990; ALSTER & TANZI, 2003; HOCHMAN *et al.*, 2005). Conceitualmente, enquanto a cicatriz hipertrófica permanece confinada à área de lesão original, o quelóide expande-se em relação às margens iniciais da ferida (ROCKWELL, COHEN, EHRLICH, 1989; MUIR, 1990; PLACIK & LEWIS, 1992; OLABANJI *et al.*, 2005, AL-ATTAR *et al.*, 2006). Atualmente, existe uma tendência em considerar o quelóide e a cicatriz hipertrófica expressões

fenotípicas de diferentes intensidades do mesmo distúrbio, sendo denominados, em conjunto, de cicatrizes fibroproliferativas ou disfunções cicatriciais hiperproliferativas (TREDGET *et al.*, 1997; RAHBAN & GARNER, 2003). As altas taxas de recorrência desse distúrbio, apesar das diversas modalidades terapêuticas estabelecidas, ocorrem em virtude da falta de compreensão da verdadeira patogênese (RAHBAN & GARNER, 2003; KREISNER, de OLIVEIRA, WEISMANN, 2005; OLABANJI *et al.*, 2005; AL-ATTAR *et al.*, 2006; DAVISON *et al.*, 2006).

As cicatrizes fibroproliferativas podem causar desconfortos físicos decorrentes principalmente de dor, prurido e limitação funcional (quando em regiões articulares). Além disso, pode haver repercussões psicológicas e sociais prejudiciais devido ao seu caráter inestético (BAYAT & McGROUTHER, 2005; ASILIAN, DAROUGHEH, SHARIATI, 2006; FETTE, 2006; SMEETS, 2006). Nos portadores dessas cicatrizes, a imagem-corporal pode estar distorcida e a auto-estima afetada (WEBSTER, 2001; SWOPE, SUPP, BOYCE, 2002; LEE, van DYKE, KIM, 2003). Assim, o sentimento, o apreço e a consideração que essas pessoas sentem e o auto-retrato que fazem de si próprias podem estar alterados (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004) em decorrência, algumas vezes, da importância dada à doença (WEBSTER, 2001). Apesar disso, atualmente, a avaliação das cicatrizes fibroproliferativas realizada pelos especialistas se restringe aos aspectos clínicos das mesmas.

Uma forma de mensurar a gravidade e a evolução das repercussões físicas e psicológicas, na vida diária de seus portadores, é por meio de questionários que avaliam a qualidade de vida (QV) (BOCK *et al.*, 2006). Com a utilização desses instrumentos, também é possível analisar, sob o ponto de vista do paciente, os resultados de intervenções terapêuticas

(ANDERSON & RAJAGOPALAN, 1997; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004).

Os estudos realizados para avaliar a influência de outras doenças cutâneas, como a psoríase e a acne, na QV de seus portadores têm aumentado a cada ano (GINSBURG & LINK, 1989; GINSBURG & LINK, 1993; SCHIMIDD-OTT, JÄGER, KUENSEBECK, 1996; GROB *et al.*, 1999; BALDWIN, 2002; JONES-CABALLERO *et al.*, 2002; STANGIER, EHLERS, GIELER, 2003; MUKHTAR, CHOI, KOO, 2004; GROB *et al.*, 2005; KOBLENZER, 2005; KIMBALL *et al.*, 2005; HULL & D'ARCY, 2005). Embora inclusa nessa categoria e bastante prevalente nos países de clima tropical (CANARY & FILIPO, 1990; DUSTAN, 1995), somente recentemente foi desenvolvido o primeiro questionário específico de QV para pacientes portadores de quelóide e cicatriz hipertrófica (BOCK *et al.*, 2006).

Enquanto os questionários genéricos englobam domínios amplos da QV que podem ser usados em diversos grupos populacionais, os questionários específicos focalizam em uma doença, alguma condição relacionada à saúde como auto-estima, imagem corporal e sono, ou população específica, como idosos e crianças (ANDERSON & RAJAGOPALAN, 1997; ÖZTÜRKCAN, 2006). A maioria desses questionários é formulada no idioma inglês. Portanto, para serem utilizados em outras populações, cultural e lingüisticamente distintas, e para que seus dados possam ser comparados com estudos internacionais, é necessária a padronização dos processos de tradução, adaptação cultural e a verificação das propriedades de medida – validação e confiabilidade (CICONELLI *et al.*, 1999).

Diante dessas considerações, torna-se indispensável avaliar todos os domínios do conceito multidimensional de QV. O estudo das cicatrizes fibroproliferativas nos seres humanos não se deve limitar aos níveis histológicos ou laboratoriais. Devido à dificuldade de desenvolvimento de cicatrizes patológicas em modelos animais e à necessidade de avaliação de futuros tratamentos (não apenas preventivos ou paliativos como os atuais), os questionários de QV tornam-se relevantes medidas objetivas (PINCUS *et al.*, 1989). Não há questionários traduzidos e adaptados culturalmente ao contexto brasileiro para avaliar a QV dos pacientes portadores de quelóide e cicatriz hipertrófica.

OBJETIVO

2. OBJETIVO

Traduzir para o idioma português, adaptar culturalmente e verificar a confiabilidade do *Questionnaire of Quality of Life for the Patients with Keloid and Hypertrophic Scarring*.

LITERATURA

3. LITERATURA

Este capítulo se divide em duas secções. A primeira aborda o tema Qualidade de Vida; a segunda, a Padronização dos Processos de Tradução e Adaptação Cultural de questionários.

3.1 QUALIDADE DE VIDA

3.1.1 Aspectos Conceituais

PIGOU (1920), de maneira pioneira, mencionou o termo qualidade de vida (QV) em um livro sobre economia e bem-estar. A abordagem estava relacionada ao suporte governamental para as classes menos favorecidas, bem como o impacto deste nas finanças nacionais.

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1946) foi a 1ª instituição internacional a acrescentar ao conceito de saúde os aspectos social e mental. A partir desse momento, ser saudável significava possuir um completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

ELKINTON (1966), em um editorial, refletiu sobre as responsabilidades da medicina e usou como exemplo os pacientes que foram submetidos a transplante renal. Para esse autor, o atendimento médico deveria contemplar os aspectos físicos, sociais e mentais e, desta maneira, almejar em primeiro lugar a QV, em vez de, simplesmente, evitar a morte.

Para BUNKER & WENBERG, (1973) morte é, antes de tudo, somente um índice de saúde pública – ou, a falta dela. Esse índice não melhora a QV.

Segundo KATZ (1987), o aumento da expectativa de vida e da concomitante mudança do foco médico das doenças infecciosas para as emergentes doenças crônicas fez surgir a necessidade de avaliar, de maneira multidimensional, a efetividade e o custo-benefício dos tratamentos na QV dos pacientes. Para isso, os estudos não poderiam se limitar à mensuração da mortalidade e morbidade.

GILL & FEINSTEIN (1994), em revisão crítica sobre QV, consideraram-na mais do que uma descrição do estado de saúde de um indivíduo. Segundo os autores, ela reflete a maneira pela qual um paciente percebe e reage ao seu estado de saúde e a outros aspectos não médicos de sua vida. Essas percepções e reações podem ser mais bem avaliadas se os pacientes puderem expressar o valor que atribuem a sua QV tanto global como individualmente.

A Organização Mundial de Saúde, por meio do GRUPO DE QUALIDADE DE VIDA divulgou outra definição para o termo QV (THE WHOQOL GROUP, 1995). Ele deveria ser entendido como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Segundo SKEVINGTON (2002), QV é a percepção e interpretação dos indivíduos inseridos em uma cultura sobre aspectos da vida. É, portanto, um conceito de construção social.

SWENSON (2004) definiu QV como um conceito que abrange a maneira pela qual a vida de um indivíduo é afetada por uma doença e por vários componentes de seu tratamento. Ele deve focar em atributos da vida valorizados pelos pacientes, tais como nível de conforto, senso de bem-estar, habilidade para manter razoável funcionamento físico, emocional e intelectual e a habilidade para participar de atividades. QV mede a experiência da doença de maneira subjetiva, acrescentando mais informações além das medidas objetivas de gravidade da doença, levando em conta a percepção dos sintomas pelo paciente, a maneira que ele os denomina e os comunica a outras pessoas, a experiência de não ser capaz de desempenhar suas atividades normalmente e os esforços feitos para lidar com a doença e ter controle sobre ela.

3.1.2 Tipos e formas de aplicação dos Questionários

KIRSHNER & GUYATT (1985) classificaram os questionários de acordo com o foco, em 3 tipos: genéricos, específicos e modulares. Os genéricos são utilizados para comparações entre diferentes tipos de doenças e tratamentos, diversos graus de gravidade de doenças e entre diferentes grupos demográficos. Os específicos avaliam aspectos relacionados à saúde, grupos com um mesmo diagnóstico ou populações específicas, com o objetivo de detectar mudanças clinicamente importantes. Já os modulares agrupam questões genéricas e específicas, mantendo um módulo central de perguntas aplicáveis a diversas doenças e populações de pacientes. As questões mais relevantes à determinada doença ou tratamento podem ser inseridas no questionário, quando necessárias. Quanto à aplicação, os questionários são distribuídos em: avaliadores, discriminativos ou

preditivos. O objetivo de um instrumento de avaliação é medir as mudanças ocorridas ao longo do tempo na QV de um indivíduo ou de uma população. Enquanto os instrumentos de avaliação medem diferenças intra-sujeitos ao longo do tempo, os instrumentos discriminativos medem diferenças inter-sujeitos em um ponto no tempo. Eles podem ser usados em pesquisas para distinguir indivíduos ou grupos de acordo com sua condição de saúde. Um instrumento preditivo é usado para classificar indivíduos em um conjunto de categorias de medidas predefinidas, predizendo os resultados a partir de uma data atual.

3.1.3 Cronologia e descrição dos principais questionários

KARNOFSKY *et al.* (1948) desenvolveram uma escala, a *Karnofsky Performance Scale* (KPS), para ser utilizada por médicos com ênfase na realização de atividades habituais. Consiste em 11 categorias que variam de “funcionamento normal” (100) à morte (0). Pacientes com escores variando de 80 a 100 são capazes de executar atividade normal e trabalhar; escores entre 50 e 70 indicam que os pacientes têm condições para autocuidado, mas não para trabalhar; escores abaixo de 50 indicam que os pacientes necessitam de cuidados e assistência progressivos.

KATZ *et al.* (1963) criaram a *Activities of Daily Living Scale* (ADLS). Ela é uma medida de capacidade funcional, desenvolvida com o intuito de avaliar resultados terapêuticos e prognóstico em pacientes idosos ou cronicamente doentes. A avaliação fundamenta-se no grau de independência funcional, em 6 funções básicas: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, mover-se, ter continência (urinária e fecal).

PATRICK, BUSH, CHEN (1973) criaram o *Quality of Well-Being* (QWB), também denominado *Index of Well-Being* (IWB). Esse questionário classifica o paciente em determinada categoria de acordo com as respostas acerca da capacidade funcional e atividades relacionadas à vida diária.

GILSON *et al.* (1975) desenvolveram o *Sickness Impact Profile* (SIP). É composto por 136 itens divididos em 3 categorias: física, psicológica e outras (sono, alimentação, trabalho e lazer).

CHAMBERS *et al.* (1976) publicaram o *McMaster Health Index Questionnaire* (MHIQ). Seus 59 itens avaliam a função física, a social e a emocional.

BROOK, WARE, DAVIES-AVERY (1979) formularam o *Rand Health Insurance Study – Rand-HIS*, questionário auto-administrável que avalia a função física, a social e a psicológica, assim como a percepção geral de saúde.

HUNT & McEWEN (1980) elaboraram o *Nottingham Health Profile* (NHP). Esse questionário consiste de 38 questões, distribuídas em secções: 3 questões sobre o nível de energia (NE); 8 questões sobre dor (D); 9 questões de reações emocionais (RE); 5 questões sobre sono (S); 5 questões sobre isolamento social (IS); e 8 questões de capacidade física (CF). Os escores variam de 0 a 100: onde 0 é o melhor estado de saúde e 100, o pior.

PARKERSON *et al.* (1981) produziram o questionário *Duke Health Profile* que avalia o perfil de saúde por meio de 17 itens em 6 escalas: saúde física, mental, social, geral, percebida e auto-estima. Foi desenvolvido primariamente para ser usado na atenção primária.

SPITZER *et al.* (1981) formularam o *Quality of Life-Index (QL-Index)*. Ele contém 5 itens, cada um refletindo sobre um domínio diferente da QV. Foi originalmente dirigido aos pacientes com câncer.

O EUROQOL GROUP (1990) conduziu o estudo que originou o questionário EuroQol. Esse possui um sistema descritivo dos estados de saúde. É usado, principalmente, nas avaliações econômicas, gerando um índice cardinal de acordo com os valores das respostas assinaladas.

WARE & SHERBOURNE (1992) publicaram o *Short Form Health Survey (SF-36)* desenvolvido pela RAND Corp., CA, USA, para uso no *Medical Outcomes Study (MOS-SF-36)*. É composto por 8 domínios (capacidade física, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Os valores de cada domínio variam de 0 a 100, sendo 0, o pior estado de saúde e 100, o melhor. Pode ser utilizado em diversas populações na prática clínica.

THE WHOQOL GROUP (1994) criou o questionário genérico *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)*. São 100 questões, distribuídas em 6 domínios e ainda 4 questões globais.

THE WHOQOL GROUP (1998) desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100 denominada *WHOQOL-brief*, devido à necessidade de instrumentos curtos que demandassem pouco tempo para o preenchimento. O *WHOQOL-brief* é composto de 26 questões.

Os questionários seguintes possuem versões traduzidas para o Português e adaptadas ao contexto brasileiro: SF-36 (CICONELLI *et al.*, 1999), WHOQOL (FLECK *et al.*, 1999), WHOQOL-*brief* (FLECK *et al.*, 2000), NHP (TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2004), *The Health Utilities*

Index (SHIMODA *et al.*, 2005). Há uma versão brasileira não publicada da *Activities of Daily Living Scale* (ALMEIDA, 1999).

3.1.4 Qualidade de vida em Cirurgia Plástica

COLE *et al.* (1994) aplicaram o *Health Measurement Questionnaire* (HMQ) em 292 pacientes quando da admissão e após 6 meses da cirurgia plástica. Todos os pacientes apresentaram melhora na QV, sendo esta significativa no grupo submetido à cirurgia mamária. Nos outros grupos (otoplastia, rinoplastia, abdominoplastia e revisão de cicatriz) não houve diferença com significância estatística, apesar da existência de melhoras individuais.

KLASSEN *et al.* (1996) publicaram um estudo que avaliou a QV de 198 pacientes antes e após 6 meses da operação estética. Foram utilizados como instrumentos de avaliação o SF-36, o *General Health Questionnaire* (GHQ-28) e o *Rosenberg Self Esteem Scale*. Ao final do 6º mês, todos os pacientes obtiveram aumento da auto-estima, com significância estatística. Aqueles que foram submetidos à mastoplastia redutora também apresentaram melhora nos escores dos outros dois questionários.

COADY (1997) ressaltou que a justificativa para o pagamento de procedimentos cirúrgicos, com finalidade estética, nos serviços públicos e privados de saúde, pode estar na avaliação da QV dos pacientes. Mudanças significantes nos relacionamentos familiar e social, assim como nos aspectos psicológicos, podem evidenciar a efetividade de tais procedimentos.

PRUZINSKY (1997) relatou que a impressão subjetiva do corpo pelo indivíduo não está diretamente relacionada com a realidade física. Segundo os autores, pacientes com deformidades pequenas podem desejar intensamente a reconstrução; enquanto aqueles que possuem grandes deformidades não a querem.

De acordo com ÖZGÜR, TUNCALI, GÜRSU (1998) a Cirurgia Plástica é uma especialidade que pode alterar a imagem corporal, modificando a QV dos indivíduos. Apesar de ser classificada em estética ou reparadora, o objetivo comum de ambas é melhorar a aparência e a auto-aceitação. Esses autores avaliaram a satisfação com a vida (*Life-Satisfaction Index* - LSI), auto-estima (*Self-Steem Inventory* - SEI) e imagem corporal (*Body-Image Inventory* - BII) de 100 candidatos à operação estética, 100 candidatos à operação de reconstrução e 100 indivíduos incluídos como controle. Mostraram que os candidatos à reconstrução possuíam níveis mais baixos de auto-estima quando comparados ao grupo de candidatos à operação estética e ao grupo controle. Os resultados do LSI não apresentaram diferença entre os 3 grupos. Com esse trabalho, concluíram que os portadores de deformidades de origem congênita, traumática, infecciosa ou tumoral devem ser submetidos à operação para reconstrução das estruturas, objetivando, concomitantemente, a melhora da aparência.

RANKIN *et al.* (1998) analisaram a QV, suporte social, depressão e *coping* (conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes) por meio do *Health Measurement Questionnaire* (HMQ-2), do *Personal Resources Questionnaire* (PRQ-85), do *Center of Epidemiologic Study Depression Scale* (CES-D) e *Ways of Coping Scale*. Os 105 pacientes responderam às questões dos instrumentos

no período pré-operatório e nos 1º e 6º meses após a cirurgia. Os níveis de QV e depressão mudaram significativamente do período pré-operatório para o 6º mês. Não houve diferença relevante nos escores do *coping* e do suporte social.

KLASSEN *et al.* (1999) mostraram que 71 pacientes, submetidos a operações como mastoplastia redutora, rinoplastia e abdominoplastia, não tiveram alteração no escore do questionário EuroQol/EQ-5D no 6º mês pós-operatório em relação ao escore do pré-operatório. Entretanto, esses mesmos pacientes, quando avaliados pelo SF-36, apresentaram melhora nos domínios capacidade funcional, aspectos emocionais, saúde mental e aspectos sociais. Os autores concluíram que: 1) os candidatos às operações estéticas apresentam problemas psicológicos e sociais em consequência da aparência; 2) deve ser feita a escolha ideal do questionário para a constatação de possíveis melhoras.

LUCE (1999) afirmou que os cirurgiões plásticos devem se envolver nos estudos de QV por 2 motivos. Primeiro, porque o delineamento e a interpretação do estudo necessitam do auxílio do cirurgião e segundo, porque a melhora na QV é prova inquestionável da importância da intervenção cirúrgica.

SHAKESPEARE & POSTLE (1999), em um estudo retrospectivo utilizando questões padronizadas, mostraram que em 93 pacientes, submetidos à redução de mama, houve melhora na função física, na confiança, na vida social e em relação à vergonha. Esses resultados foram mantidos por 2 anos.

BLOMQVIST, ERIKSSOM, BRANDBERG (2000) avaliaram a alteração da QV em 49 pacientes que se submeteram à mastoplastia redutora. Os autores aplicaram escalas análogas de dor, postura, sono,

escolha da roupa, relação sexual e capacidade de trabalho, além do SF-36 e de questões gerais acerca das expectativas quanto à cirurgia. Os dados colhidos no pré-operatório, no 6º e no 12º mês após a cirurgia, foram comparados e mostraram diminuição da dor, melhora de todos os sintomas subjetivos (exceto sono) e superação das expectativas pré-operatórias. Esses resultados perduraram por 12 meses após a intervenção.

Segundo BOLTON *et al.* (2003), a abdominoplastia, apesar de vir se tornando um procedimento realizado com frequência, geralmente não tem sido avaliada por instrumentos de imagem corporal e QV. No estudo realizado por esses autores, utilizando a sub-escala de aparência do *Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire* e o *Body Exposure and Sexual Relations Questionnaire*, os valores do 2º mês de pós-operatório de 30 pacientes submetidos à abdominoplastia, foram significativamente melhores em relação aos encontrados no período pré-operatório. Não se observou nenhuma mudança em relação à auto-estima, à satisfação com a vida e à ansiedade.

Incluem-se, nesse item, os trabalhos desenvolvidos no Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) dentro da área de concentração “Qualidade de Vida como Método de Avaliação em Cirurgia Plástica”. Os resumos de todas as teses estão dispostos nos Anexos de 3 a 38.

3.1.5 Escalas de avaliação de cicatrizes

SULLIVAN *et al.* (1990) criaram a *Vancouver Scar Scale* (VSS) para ser utilizada em pacientes queimados. Os itens elasticidade, altura, vascularidade e pigmentação foram avaliados por um observador

especialista no assunto. A pontuação varia de 0 a 15, sendo 0, a indicação de uma cicatriz normal e 15, a representação de uma cicatriz severa.

A escala de YEONG *et al.* (1997) avalia a aparência geral das cicatrizes, através das características de sua superfície, margem, espessura e cor. Cada característica pode ser graduada de -1 a 4. A indicação -1 indica uma cicatriz plana, com margens deprimidas, fina e hipopigmentada. De maneira oposta, a indicação 4 representa uma cicatriz severamente irregular, margem excessivamente elevada, muito espessa e hiperpigmentada. O coeficiente de correlação intraclasse, na avaliação inter-observador, foi superior a 0,8 para todas as características analisadas.

BEAUSANG *et al.* (1998) desenvolveram uma escala de avaliação clínica das cicatrizes, composta pelas análises da cor, do contorno, da textura e da distorção. Cada um desses parâmetros era graduado de 1 a 4. Quanto maior o escore, pior a cicatriz. Um ou dois pontos eram acrescentados à soma final se as cicatrizes fossem, respectivamente, foscas ou brilhantes. Para verificação da reprodutibilidade da escala, 69 cicatrizes foram fotografadas antes da cirurgia e submetidas à análise histológica após a sua excisão. Dez indivíduos, entre médicos, cientistas e leigos, analisaram 36 fotografias com base na escala, sendo que 14 delas eram repetidas. Correlação significativa foi encontrada entre as análises macroscópicas e microscópicas, sugerindo ser a escala um instrumento sensível para quantificar a severidade das cicatrizes.

CROWE *et al.* (1998) publicaram a Escala de *Hamilton*. Esta escala avalia a irregularidade da cicatriz, a altura e a profundidade aparente, cor e vascularidade. Quanto maior for a pontuação, pior a cicatriz. As reprodutibilidades inter e intra-observador da análise fotográfica, na avaliação de cicatrizes, variaram de 0,66 a 0,90 e 0,73 a 0,89,

respectivamente, para todos os itens. Não houve diferença entre observadores experientes e novatos.

DRAAIJERS *et al.* (2004), baseados na VSS, criaram a POSAS (*Patient and Observer Scar Assessment Scale*). Esta consiste de 2 subescalas: a do observador, que contém 5 itens (vascularização, pigmentação, espessura, elasticidade e relevo); e a do paciente, com 6 itens (cor, elasticidade, espessura, relevo, prurido e dor). Todos os itens de ambas as escalas são numerados de 1 a 10. Quanto maior o escore, pior a cicatriz e os sintomas.

3.1.6 Qualidade de Vida nos pacientes portadores de cicatrizes fibroproliferativas

GOLD (1994), após conduzir pesquisa auto-controlada, verificou mudanças na espessura e coloração das cicatrizes fibroproliferativas. Durante 3 meses, 21 pacientes, que apresentavam a doença, eram orientados a utilizar placa de silicone, diariamente, por 12 horas, em metade demarcada da cicatriz. A tabulação dos resultados foi realizada, após o tratamento, por meio de uma escala com variação de 0 (nenhuma mudança), a 3 (completa resolução), utilizada pelo paciente e pelo médico. Apesar dos bons resultados, o autor cita a necessidade de se estabelecer o “tempo-ótimo” de uso da placa.

PHILLIPS, GERSTEIN, LORDAN (1996), de forma aleatória e controlada, avaliaram os resultados do curativo de hidrocolóide, após 2 meses de tratamento em 10 pacientes com cicatriz hipertrófica, comparando ao grupo controle. Os autores observaram melhora

significativa nos escores das escalas análogas de dor e prurido e no item distensibilidade da VSS após o tratamento.

FRAUNHOLZ, GERSTENHAUER, BÖTTCHER (2005) desenvolveram um questionário cujos itens abordavam aspectos sobre a predisposição familiar, o tipo de pele, a causa, o desconforto, a melhora com o tratamento e a satisfação com a terapia e com seus resultados (subdivididos em 4 gradações: extremamente satisfeito, muito satisfeito, pouco satisfeito, nada satisfeito). Nesse estudo, após avaliarem o efeito da radioterapia com estrôncio 90 (Sr^{90}) e correlacionarem os dados subjetivos com os parâmetros objetivos (recorrência da lesão e alteração da coloração da pele), concluíram que ambos os dados devem ser considerados no tratamento das cicatrizes fibroproliferativas.

3.2 PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL

JONES & KAY (1992) recomendaram identificar os propósitos da aplicação de um instrumento antes do início do processo de tradução. Caso o objetivo seja a comparação dos resultados entre populações, a tradução para o idioma alvo deverá ser equivalente semanticamente e conceitualmente (tradução simétrica). Se o objetivo é relacionar as respostas de uma cultura com as de outra, em uma situação específica de uma delas, a tradução poderá se adequar às particularidades de uma ou de outra (tradução assimétrica).

GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993), realizaram revisão da literatura para avaliar como estavam sendo feitas as traduções e adaptações culturais de instrumentos de QV para uso em diferentes idiomas

ou culturas. Após análise desses dados, os autores propuseram uma padonização para o processo de tradução com diretrizes quanto ao número, seqüência e complexidade das etapas a serem seguidas, objetivando ao máximo preservar a integridade do instrumento original. Estabeleceram assim, como etapas fundamentais do processo a realização de, no mínimo, 2 traduções iniciais. Instituíram, também, a revisão dessas traduções por um grupo multidisciplinar, 2 traduções de volta para o idioma original, feitas a partir das traduções iniciais (retro-tradução) e um pré-teste para a verificação do entendimento dos itens na população alvo.

CHAWALOW (1995) dividiram a metodologia para a tradução transcultural de questionários em fases qualitativa e quantitativa. A qualitativa abrange as etapas de tradução inicial, retro-tradução, comparação entre as retro-traduções com a versão original e pré-teste. Na fase quantitativa, são realizadas a análise fatorial, a análise da consistência interna e a comparação dos resultados com o questionário original.

No artigo de BULLINGER *et al.* (1998) o processo de tradução e adaptação cultural é o primeiro de 3 passos. Depois dessa etapa, o instrumento deverá ter as propriedades de medida (performance e peso dos escores, reprodutibilidade, validade e responsividade) avaliadas. Por último, deve-se estabelecer um valor normativo com base em uma amostra nacional representativa.

HERDMAN, FOX-RUSHBY, BADIA (1998) propuseram a apreciação de 6 tipos de equivalência para os estudos de adaptação transcultural. São elas: equivalências conceitual, de itens, semântica, operacional, de mensuração e funcional.

De acordo com BEATON *et al.* (2000), a adaptação de instrumentos de status de saúde para idiomas diferentes do original aumentou, em

conseqüência dos projetos de pesquisa multinacionais e multiculturais. A comparação entre os resultados desses estudos só é possível se todos os autores utilizarem o mesmo instrumento com validação própria em seu país.

SKEVINGTON (2002) descreveu o projeto inicial de abordagem universal do WHOQOL *Group* para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação de QV. Segundo a autora, a reunião prévia de especialistas da área da saúde de diversos países para discutir, definir e agrupar as facetas do conceito, melhora a equivalência semântica e conceitual das versões. Possibilita ainda, a aplicação simultânea em diversos idiomas.

SU & PARHAM (2002) afirmaram que a obtenção de equivalência, entre o questionário original e a versão para o idioma alvo, envolve não somente considerações gramaticais, mas aspectos culturais. Em situações em que a fonte é composta por expressões idiomáticas que não são passíveis de tradução, a melhor abordagem é obter o significado do termo em vez da tradução literal.

EREMENCO, CELLA, ARNOLD (2005) descreveram a metodologia recomendada para a tradução do *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT). Primeiramente, devem ser realizadas 2 traduções iniciais do instrumento original por 2 tradutores independentes. Após essa etapa, um 3º tradutor deverá fazer a conciliação entre as traduções iniciais, formando apenas uma, que será submetida à retro-tradução. A comparação entre a retro-tradução e o instrumento original deverá ser realizada por um dos autores deste para a verificação de possíveis discrepâncias. Posteriormente, 3 revisores analisarão a versão conciliada, podendo ou não aceitá-la. Os coordenadores do estudo julgarão

a avaliação dos 3 revisores e, após essa etapa, o instrumento deverá ser aplicado nos pacientes para a identificação e correção de possíveis falhas.

TANN (2005) afirmou que os instrumentos desenvolvidos em inglês podem ser insensíveis às diferenças culturais das populações latinas. A autora ainda sugere a adoção da *structural equation modeling* (SEM) como método estatístico para demonstrar que as diferenças entre as respostas dos indivíduos não são baseadas em diferentes interpretações, mas são reais e confiáveis.

REICHENHEIM & MORAES (2007) recomendaram que o processo de adaptação transcultural seja uma combinação entre um componente de tradução literal das palavras e frases e um processo metódico de sintonização que contemple o contexto da cultura e estilo de vida da população-alvo. Além disso, ressaltam que mudanças lingüísticas acontecem em uma população ao longo de anos, portanto adaptações temporais são possíveis e, por vezes, necessárias.

MÉTODOS

4. MÉTODOS

O presente estudo é analítico descritivo na etapa de tradução e adaptação cultural e analítico transversal na etapa de confiabilidade. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP sob o número 0591/06 (Anexo 1). Todos os participantes deram o seu aval por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

4.1 CASUÍSTICA

O recrutamento dos pacientes foi realizado no período de agosto de 2006 a abril de 2007 no ambulatório “Casa da Cirurgia Plástica” da UNIFESP. Dos 116 pacientes, 45 participaram do pré-teste (adaptação cultural), sendo 30 no pré-teste 1 (2ª versão do questionário – Grupo A), 15 no pré-teste 2 (3ª versão do questionário – Grupo B) e outros 71 da fase de confiabilidade (Grupo C). As características clínicas e sócio-demográficas dos grupos A, B e C, obtidas por meio do questionário de anamnese (Apêndice 2), encontram-se listadas nos Apêndices 3 a 8. As características clínicas e sócio-demográficas de todos os pacientes, individualizados de acordo com o grupo (1, 2 e 3) da classificação de MUIR (1990), são mostradas nos Apêndices 9 e 10.

4.1.1 Critérios de Inclusão

Foram selecionados pacientes portadores de quelóide ou cicatriz hipertrófica de ambos os gêneros, sem distinção de cor da pele e com idade entre 15 e 70 anos. Os pacientes foram distribuídos em 3 grupos denominados Grupo 1, Grupo 2 e Grupo 3 de acordo com as características clínicas da cicatriz segundo os quesitos da classificação de MUIR (1990) para as cicatrizes fibroproliferativas (Quadro 1). No caso de múltiplas lesões, a cicatriz classificada foi a que, segundo o paciente, causava-lhe maiores transtornos.

Quadro 1 – Classificação e quesitos das cicatrizes fibroproliferativas segundo MUIR (1990)

Classificação	Quesitos
<i>Short Term Evolution</i> (Grupo 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Provocadas por ferimento de causa conhecida ou por incisão cirúrgica • Geralmente possuem coloração avermelhada, são dolorosas e crescem rapidamente nos seis primeiros meses • Frequentemente, apresentam regressão dos sintomas e do tamanho após o 6º mês • Não invadem a pele normal adjacente • Distribuem-se, sem preferência, por região anatômica
<i>Long Term Evolution</i> (Grupo 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Provocadas por acne, por qualquer outra lesão endógena ou por ferimento externo • Apresentam sinais e sintomas persistentes por vários anos • Possuem crescimento contínuo por vários anos • Invadem a pele normal adjacente • Têm distribuição anatômica com maior predisposição pelas regiões esternal, torácica anterior e posterior
<i>Intermediate</i> (Grupo 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Os sintomas são intermitentes • Podem ou não invadir a pele normal adjacente • Localizam-se, predominantemente, na região deltóidea e na orelha

4.1.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes com escolaridade inferior à quinta série do Ensino Fundamental, em uso de qualquer medicação para o quelóide ou cicatriz hipertrófica no momento da seleção, com quadro clínico de deficiência cognitiva, intelectual ou com história pregressa de doença psiquiátrica. Também não participaram do presente estudo os portadores de deficiência física que impedisse o preenchimento do questionário.

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A metodologia utilizada no presente estudo baseou-se na proposta de GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993). As etapas se dividem em: tradução, revisão pelo grupo multidisciplinar, volta ao idioma original (retro-tradução) e pré-teste (ou adaptação cultural), sumarizadas a seguir, de modo geral.

4.2.1 Tradução

Devem ser realizadas, no mínimo, duas traduções iniciais do questionário original. Estas devem ser feitas, de forma independente, por nativos do idioma no qual o instrumento está sendo traduzido. Pelo menos um dos tradutores deve estar ciente das finalidades do estudo.

4.2.2 Revisão pelo grupo multidisciplinar

Nessa fase, as 2 traduções obtidas são avaliadas e discutidas por um grupo multidisciplinar bilíngüe, composto por especialistas na doença estudada, com intuito de formular, inicialmente, a 1ª versão do questionário. São observados a finalidade e os conceitos desse tipo de avaliação. A seguir, o grupo efetua as adaptações necessárias nas versões subsequentes até a obtenção da versão final.

Os integrantes do grupo multidisciplinar devem ater-se à equivalência cultural entre questionário original e versão final. Para isso, devem ser considerados os aspectos semânticos, idiomáticos, contextuais, conceituais e operacionais.

4.2.3 Volta ao idioma original (retro-tradução)

A retro-tradução da 1ª versão do questionário deve ser realizada no idioma original do instrumento e feita por indivíduos nativos não conhecedores do objetivo do trabalho. Isso evita vieses e permite revelar significados e interpretações inesperadas.

4.2.4 Pré-teste (Adaptação Cultural)

Nessa etapa, o questionário é aplicado em uma amostra para a verificação das eventuais dificuldades de compreensão. O paciente é solicitado a responder se entendeu cada item e sugerir mudança, caso a julgue necessária.

4.3 QUESTIONÁRIO ‘QUALITY OF LIFE IN THE PATIENTS WITH KELOID AND HYPERTROPHIC SCARRING’

4.3.1 Descrição

O questionário de qualidade de vida de BOCK *et al.* (2006) para pacientes portadores de quelóide e cicatriz hipertrófica é auto-aplicável, composto por 15 itens divididos, no momento da computação dos escores em duas escalas. A 1ª é composta pelos itens nº. 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13 e 14 os quais refletem os prejuízos psicológicos. A 2ª avalia os prejuízos físicos por meio dos itens nº. 1, 2, 4, 6 e 8. Há ainda uma pergunta acerca da intenção de cometer suicídio (item nº 15). De acordo com a resposta assinalada, cada item poderá receber um dos seguintes valores: -5, -3, -1, 1, 3 ou 5 (Quadro 2).

Quadro 2 – *Questionnaire of Quality of Life for Patients with Keloid and Hypertrophic Scarring*

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Changes in the weather seriously affect my scars (pain, feeling of tension). 2. My scars restrict my mobility. 3. I succeed in disregarding the reservations others have concerning my scars. 4. The itching in my scars frequently affects me. 5. Due to my scars I am sometimes too ashamed to be sexually active. 6. I find it difficult to put up with the itching caused by my scars. 7. I do my best to prevent even people close to me from knowing. 8. I cannot prevent myself from scratching when my scars itch. 9. I feel physically unattractive and sexually undesirable when I think about my scars. 10. I find it difficult to accept my scars. 11. I don't visit the swimming pool or the sauna since other people could feel disgusted because of my scars. 12. I never feel embarrassed or ashamed because of my scars. 13. One has less self-confidence with scars like I have. 14. I feel uncomfortable when asked questions about my scars 15. I have thought of committing suicide because of my scars |
|---|

(-3 = totally inaccurate, -2 = inaccurate, -1 = somewhat inaccurate, 1 = fairly accurate, 2 = accurate, 3 = completely accurate)

4.3.2 Fórmula para cálculo dos escores

O cálculo do escore é obtido por meio da média dos valores de cada escala, separadamente. Os valores dos escores A (referente à escala psicológica) e B (referente à escala física), quanto mais próximos de -5, representam a melhor qualidade de vida e, quanto mais próximos de 5, a pior qualidade de vida (Quadro 3). Os itens 3 e 12 devem ser multiplicados por -1 por possuírem um sentido positivo diferente dos demais.

Quadro 3 – Fórmula para cálculo dos escores

Escala que avalia os prejuízos psicológicos

$$\text{Escore A} = \frac{\text{soma dos valores dos itens nº 3(-1), 5, 7, 9, 10, 11, 12(-1), 13 e 14}}{9}$$

Escala que avalia os prejuízos físicos

$$\text{Escore B} = \frac{\text{soma dos valores dos itens nº 1, 2, 4, 6 e 8}}{5}$$

4.3.3 Tradução

Esse processo foi precedido pela autorização de uso do questionário original, fornecida pelo autor principal (Anexo 2). Após a permissão, o questionário foi inicialmente traduzido para o idioma português por 2 tradutores brasileiros, de forma independente. Os mesmos foram informados sobre o objetivo da tradução.

4.3.4 Revisão pelo grupo multidisciplinar

No presente estudo, o grupo multidisciplinar foi composto por 2 médicos especialistas em Cirurgia Plástica, 2 médicos especialistas em Dermatologia e 2 psicólogos, formados há pelo menos 2 anos. Após a apresentação, pela pesquisadora, dos tipos e exemplos de equivalência, foi criada uma única versão, denominada 1ª versão do questionário, que se baseou em elementos das 2 traduções iniciais. Todas as divergências foram discutidas pelo grupo multidisciplinar até chegar-se a acordo quanto ao significado original das frases.

4.3.5 Volta ao idioma original (retro-tradução)

No presente estudo, a versão denominada 1ª versão do questionário foi vertida para o idioma inglês por 2 tradutores nativos dos Estados Unidos da América. Independentemente, estes não conheciam o questionário original ou as finalidades do trabalho.

Depois de realizada a retro-tradução, o grupo multidisciplinar reuniu-se para discutir as diferenças e discrepâncias originadas no processo de tradução entre o questionário original em inglês, a 1ª versão do questionário e as 2 traduções oriundas da retro-tradução. Foi criada, desse modo, a 2ª versão do questionário feita a partir de alterações realizadas também pelo grupo à 1ª versão do questionário, após o processo de retro-tradução.

4.3.6 Pré-teste (Adaptação cultural)

Nessa fase, o paciente, após escutar as instruções lidas pela pesquisadora acerca do preenchimento do questionário (Apêndice 12), respondeu aos itens da 2ª versão do questionário a sós, em um ambiente claro e tranquilo. Em caso de dúvida sobre o significado dos itens, o próprio paciente teve que solucioná-la sem auxílio externo. Ao final do preenchimento, a pesquisadora solicitou ao paciente que respondesse se havia compreendido cada item e que sugerisse mudança, caso achasse que o tornaria mais claro (adaptação cultural).

Existindo itens não compreendidos, com porcentagem igual ou maior a 20% da casuística, após a aplicação da 2ª versão do questionário no Grupo A (Pré-teste 1), poderia ser criada a 3ª versão do questionário. A formulação dessa nova versão aconteceria pelas modificações realizadas pelo grupo multidisciplinar aos itens de difícil compreensão. Ela deveria ser aplicada em outra casuística, denominada Grupo B (Pré-teste 2).

Seriam realizados quantos pré-testes fossem necessários para aplicação de novas versões, em casuísticas distintas. A versão final seria estabelecida quando todos os itens do questionário estivessem entendidos por pelo menos 80% dos pacientes e não existissem quaisquer modificações a serem realizadas pelo grupo multidisciplinar.

4.4 CONFIABILIDADE

4.4.1 Reprodutibilidade Teste-reteste

A análise da reprodutibilidade da versão final foi realizada por meio da comparação dos escores obtidos com a aplicação do questionário no mesmo paciente em dois momentos diferentes. O intervalo entre as aplicações variou de uma a duas semanas.

4.4.2 Consistência interna

Realizou-se a verificação da consistência interna do questionário por meio do coeficiente α -Cronbach. Dessa maneira, a homogeneidade dos itens foi analisada pela correlação entre cada item com o escore total da escala correspondente.

Foi realizada análise estatística descritiva dos aspectos clínicos e sócio-demográficos das etapas de adaptação cultural (pré-teste) e avaliação da confiabilidade do questionário. Para o cálculo da consistência interna e da reprodutibilidade teste-reteste do instrumento, utilizou-se o α -Cronbach e o coeficiente de correlação intraclasse, respectivamente. Por meio do modelo de análise de variância com 1 fator fixo, foi apresentada a associação entre o escore das escalas física e psicológica e a resposta ao item 15. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa SPSS (versão 13.0).

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 TRADUÇÃO

As traduções 1 e 2 encontram-se nos Apêndices 13 e 14. A 1ª versão do questionário (Apêndice 15) foi composta pelos itens 8 e 9, provenientes da tradução 1, enquanto os itens 2, 5, 6, 7, 10, 11, 14 e 15 foram oriundos da tradução 2. A escolha dos itens 1, 3, 4, 12 e 13 deu-se por meio da junção de partes de ambas as traduções.

5.2 RETRO-TRADUÇÃO

As retro-traduições estão dispostas nos Apêndices 16 e 17. Após a realização dessa fase, os itens 6 e 8 foram modificados pelo grupo multidisciplinar (Quadro 4). Após essas alterações, criou-se a 2ª versão do questionário (Apêndice 18).

Quadro 4 – Modificações à 1ª versão efetuadas pelo grupo multidisciplinar

Nº do item	Palavra(s) em inglês	Tradução	Troca efetuada
6	<i>Put up</i>	Lidar	Agüentar
8	<i>I cannot prevent myself from scratching when my scars itch</i>	Não consigo parar de coçar minhas cicatrizes quando a coceira ocorre	Quando minhas cicatrizes coçam, não consigo ficar sem coçá-las

5.3 PRÉ-TESTES

Depois de efetuada a aplicação da 2ª versão do questionário no pré-teste 1, o item 3 foi o que apresentou o maior número de respostas de não compreensão (Apêndice 19) e, por isso, foi modificado. Os itens 11 e 13 também foram alterados (Quadro 5). Os ajustes nesses 3 itens originaram a 3ª versão do questionário (Apêndice 20).

Quadro 5 – Modificações efetuadas à 2ª versão pelo grupo multidisciplinar

Nº item	Palavra 2ª Versão	Troca efetuada
3	Comportamento reservado	Jeito com que as pessoas me olham
11	Sauna	Praia
13	Pessoas têm	Tenho

No pré-teste 2, todos os itens da 3ª versão do questionário foram compreendidos pela totalidade da casuística (Apêndice 21). No Quadro 6 são apresentados os resultados de ambos pré-testes.

Quadro 6 – Resultados dos pré-testes 1 e 2

Nº do item	% de compreensão Pré-teste 1 (2ª Versão) n=30	Palavra(s) problema em inglês	Tradução	Troca efetuada	% de compreensão Pré-teste 2 (3ª Versão) n=15
1	100%	-	-	-	100%
2	100%	-	-	-	100%
3	83,33%	<i>The reservations</i>	As reservas/ comporta- mento reservado	O jeito com que as pessoas me olham	100%
4	100%	-	-	-	100%
5	96,66%	<i>Sexually active</i>	Sexualmente ativo	-	100%
6	100%	-	-	-	100%
7	100%	-	-	-	100%
8	100%	-	-	-	100%
9	100%	-	-	-	100%
10	100%	-	-	-	100%
11	100%	-	-	-	100%
12	96,66%	<i>embarrassed</i>	embaraçado	-	100%
13	100%	-	-	-	100%
14	100%	-	-	-	100%
15	100%	-	-	-	100%

Foi ainda acrescentada ao item 2 a palavra *dificultam* (Quadro 7), originando a 4ª versão do questionário–versão final. Esta foi denominada Questionário QualiFibro/Cirurgia Plástica-UNIFESP (Figura 1).

Quadro 7 – Modificação efetuada à 3ª versão pelo grupo multidisciplinar

Nº item	Palavra 3ª Versão	Troca efetuada
2	Restrição	Restrição (<i>dificultam</i>)

	Completamente Falso	Falso	Até certo ponto verdadeiro	Quase verdadeiro	Verdadeiro	Completamente Verdadeiro
1. Mudanças do clima afetam muito minhas cicatrizes (dor, sensação de tensão).						
2. Minhas cicatrizes restringem (dificultam) meus movimentos.						
3. Consigo ignorar o jeito com que as pessoas me olham por causa das minhas cicatrizes.						
4. A coceira em minhas cicatrizes me incomoda freqüentemente.						
5. Devido as minhas cicatrizes, às vezes, tenho vergonha de ser sexualmente ativo.						
6. Acho difícil agüentar a coceira em minhas cicatrizes.						
7. Faço o possível para evitar que pessoas próximas a mim saibam que tenho cicatrizes.						
8. Quando minhas cicatrizes coçam, não consigo ficar sem coçá-las.						
9. Não me sinto fisicamente atraente ou sexualmente desejável quando penso em minhas cicatrizes.						
10. Acho difícil aceitar minhas cicatrizes.						
11. Não vou à piscina ou à praia porque outras pessoas podem sentir nojo das minhas cicatrizes.						
12. Nunca me sinto embaraçado(a) ou envergonhado(a) por causa das minhas cicatrizes.						
13. Tenho menos autoconfiança por causa das minhas cicatrizes.						
14. Não me sinto bem quando me perguntam sobre minhas cicatrizes.						
15. Já pensei em cometer suicídio por causa de minhas cicatrizes.						

Figura 1 - Versão Final: Questionário QualiFibro/Cirurgia Plástica-UNIFESP

5.4 CONFIABILIDADE

5.4.1 Escores das escalas física e psicológica

As medidas descritivas e a frequência das respostas aos itens das escalas física e psicológica, em cada avaliação por grupo, são apresentadas nos Apêndices 22, 23 e 24. Os valores individuais para essas escalas, em cada avaliação, encontram-se no Apêndice 25.

5.4.2 Reprodutibilidade Teste-reteste

A verificação dessa propriedade foi realizada, utilizando-se o teste de correlação intraclass. A análise estatística encontra-se exposta na Tabela 1. Os diagramas de Bland-Altman para as duas escalas são apresentados nas Figuras 2 e 3.

Tabela 1 – Coeficientes de correlação intraclass para as escalas física e psicológica

Escala	Coeficiente	Intervalo de confiança	
Física	0,783	0,660	0,866
Psicológica	0,917	0,864	0,950

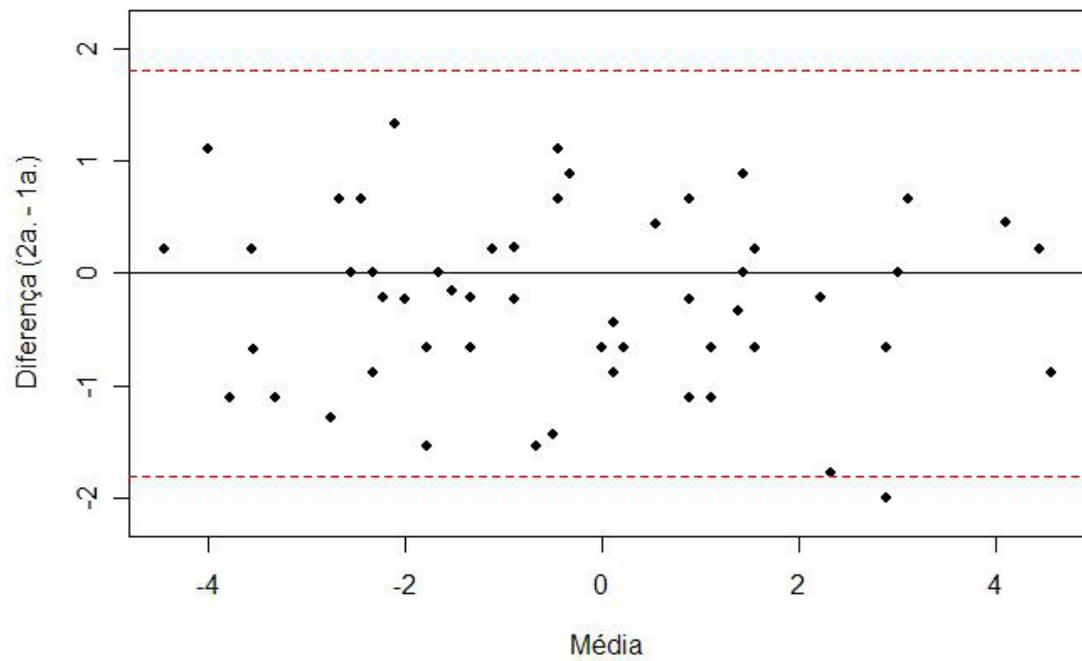


Figura 2 – Diagrama de Bland-Altman para escala psicológica

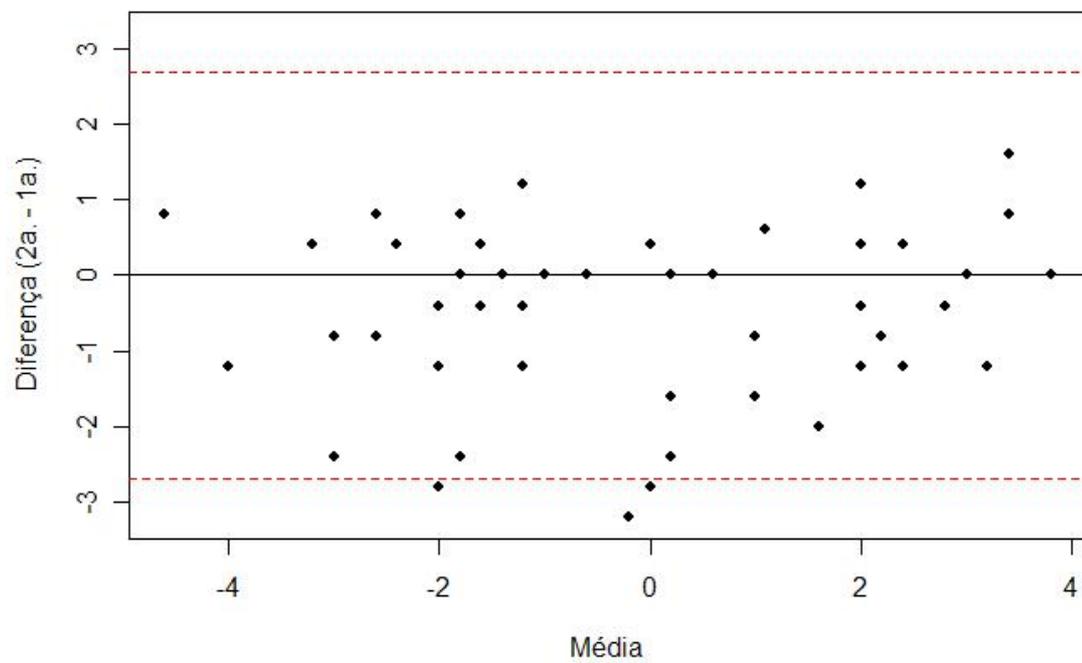


Figura 3 – Diagrama de Bland-Altman para escala física

5.4.3 Consistência Interna

A consistência interna da versão final foi avaliada por meio da correlação α -Cronbach. O resultado encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Coeficientes α -Cronbach calculados em cada avaliação para as escalas física e psicológica

Escola	Avaliação	α	Intervalo de confiança	
Física	Primeira	0,767	0,648	0,844
	Segunda	0,845	0,805	0,906
Psicológica	Primeira	0,866	0,803	0,907
	Segunda	0,850	0,771	0,904

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

6.1 SOBRE O PROJETO

A busca pela qualidade de vida (QV) não é uma abordagem nova. O que é relativamente recente é o esforço feito para tornar essas considerações explícitas (BUNKER & WENNBORG, 1973; SPITZER, 1987; KATZ, 1987; WOOD-DAUPHINEE, 1999; FARGOT-LARGEAULT, 2001).

Inicialmente, o enfoque dado à QV por filósofos, teólogos e cientistas sociais era relacionado à “vida boa” (“*good life*”) e à “satisfação com a vida” (FARQUHAR, 1995). A área de pesquisa que reconheceu a importância das dimensões psicológicas e sociais do espectro saúde/doença é denominada Qualidade de Vida Relacionada à Saúde - QVRS (“*Health-related quality of life*”). A QVRS avalia os efeitos que a doença e os tratamentos têm sobre a vida diária das pessoas. Atualmente, na medicina, apesar do amplo uso, não há consenso em relação à definição do tema (CRUZ, 2005).

A extrapolação desse conceito para a saúde representou um avanço qualitativo sobre o modelo biomédico existente. Nesse modelo, a QV era considerada tendo como base a presença de sintomas, efeitos colaterais de medicações, mortalidade e morbidade. Com a mudança, passou a incorporar a avaliação do paciente em relação à eficácia e conforto do tratamento (DUARTE, 2003).

O exponencial aumento no número de publicações, contendo o termo QV na literatura médica, ratificou o interesse dos profissionais da saúde

pelo tema. Entre 1966 e 1974 existiam 40 referências relacionadas à qualidade de vida. Já no período de 1986 e 1994, estas passavam de 10.000 (WOOD-DAUPHINEE, 1999).

O deslocamento do caráter objetivo das avaliações tradicionais para os itens de avaliação da QV justifica-se por alguns fatores: (1) pelo desacordo entre a avaliação do profissional de saúde e a do paciente, em relação à gravidade dos sintomas e ao sucesso do tratamento (MARTIN *et al.*, 2003); (2) pela incoerência entre as avaliações segmentares até então realizadas e a definição conceitual holística de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946; (3) pelo grande avanço tecnológico que propiciou maiores possibilidades para a recuperação da saúde e longevidade; (4) pela mudança do panorama epidemiológico das doenças, passando a ser perfil dominante o das doenças crônicas; (5) pela tendência de mudança sobre a visão do ser humano: anteriormente, visto como organismo biológico que deveria ser reparado; hoje, considerado um agente social.

Apesar da falta de consenso entre os autores sobre a definição de QVRS, todos eles sustentam a multidimensionalidade e a subjetividade do conceito (PATRICK & ERICKSON 1988; BULLINGER *et al.*, 1993; GILL & FEINSTEINS 1994; THE WHOQOL GROUP, 1995; SWENSON 2004; BRAMSTON, CHIPUER, PRETTY, 2005). Os dados provenientes da análise da QVRS devem abranger informações sobre doença, estados funcionais (incluindo as funções físicas, psicológicas e sociais) e percepções de saúde (FITZPATRICK *et al.*, 1992).

Há uma tendência em se considerar a definição de saúde, sugerida pela OMS em 1946, como a primeira tentativa de conceituação de QV. Conseqüentemente, os instrumentos pioneiros elaborados para medi-la

foram designados como 1ª geração de instrumentos. O *Karnofsky Performance Scale* é um representante dessa época (KARNOFSKI *et al.*, 1948). Posteriormente, entre os anos de 1970 e 1980, surgiram instrumentos de avaliação do estado geral de saúde, denominados 2ª geração de instrumentos de QV. Tinham como foco, o funcionamento físico, as sintomatologias física e psicológica, o impacto e percepção da doença e a satisfação com a vida. Exemplos desses instrumentos são o *Quality of Well-Being* (QWB), o *Sickness Impact Profile* (SIP), o *McMaster Health Index Questionnaire* (MHIQ), o *Rand Health Insurance Study* (Rand-HIS), o *Nottingham Health Profile* (NHP), o *Duke Health Profile* (DHP), o *Quality of Life-Index* (QL-Index) e o *The Health Utilities Index* (PATRICK, BUSH, CHEN, 1973; GILSON *et al.*, 1975; CHAMBERS *et al.*, 1976; BROOK, WARE, DAVIES-AVERY 1979; HUNT & McEWEN, 1980; PARKERSON *et al.*, 1981; SPITZER *et al.*, 1981; TORRANCE, 1987). Na década de 90, embasados pela nova abordagem teórica proposta pela OMS, outros instrumentos, a 3ª geração, foram confeccionados: o EuroQol, o *The Short Form 36 Health survey Questionnaire* (SF-36), o *World Health Organization of Quality of Life-100* (WHOQOL-100) e o *WHOQOL-brief* (EUROQOL GROUP, 1990; WARE & SHERBOURNE, 1992; WHOQOL GROUP, 1994; WHOQOL GROUP, 1998).

Apesar de todos fornecerem dados para se inferir sobre a QV dos indivíduos, dependendo do foco, podem abranger a maioria das dimensões que a compõem (instrumentos genéricos), concentrar-se em um aspecto particular (instrumentos específicos) e avaliar tanto os aspectos genéricos quanto os específicos (instrumentos modulares) (KIRSHNER & GUYATT, 1985; BRANDÃO, FERRAZ, ZERBIBI, 1997; CRUZ, 2005).

As vantagens dos instrumentos genéricos estão relacionadas ao seu emprego irrestrito nos diferentes grupos humanos, independentemente da cultura, status sócio-econômico ou patologia, e à possibilidade de comparação entre eles. Entretanto, a principal desvantagem é não permitir a avaliação de aspectos peculiares a uma determinada doença. De maneira oposta, os específicos avaliam características próprias de uma doença ou a responsividade de uma intervenção mas, no entanto, não permitem comparações entre diferentes tipos de doenças (CUMMINS, 2005).

De acordo com DIJKERS (2003), os instrumentos específicos, quando comparados aos genéricos, são o primeiro passo em direção à individualização da avaliação. Segundo o autor, não se pode aceitar que os mesmos domínios sejam importantes para todas as pessoas e que todos tenham as mesmas necessidades e metas em cada área.

CANO, BROWNE, LAMPING (2004) após pesquisa bibliográfica manual e computadorizada nas bases de dados MEDLINE (1966-2002), PSYCHLIT (1980-2002) e HEALTH STAR (1987-2000), encontraram 538 artigos em Cirurgia Plástica que analisavam os resultados das intervenções terapêuticas, baseados na avaliação do paciente. Destes, 470 foram excluídos por serem descritivos ou por apenas citarem o termo QV. Dos restantes, a maior parte eram estudos em cirurgia de mama (incluindo mastoplastia redutora, de aumento e reconstrução mamária pós-mastectomia), de mão e de nariz. Aproximadamente, um terço dos artigos revisados usava questionários genéricos; um terço, questionários específicos e outro terço, ambos, questionários genéricos e específicos. Os principais aspectos investigados, em três quartos dos estudos, incluíam o bem-estar psicológico, sintomas psiquiátricos, imagem corporal, auto-estima e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). O outro um

quarto, avaliava o status funcional, a satisfação do paciente, aparência estética, complicações, sintomas e função sexual. Segundo os autores, a ampla maioria dos instrumentos usados não tinha suas propriedades psicométricas mensuradas. Portanto, eles aconselham o desenvolvimento de novos instrumentos específicos para Cirurgia Plástica com a respectiva psicometria.

Ratificando o trabalho de CANO, BROWNE, LAMPING (2004), apesar do crescente número de estudos sobre QV em Cirurgia Plástica, há poucos questionários específicos desenvolvidos para essa área. ALSARRAF (2000) criou quatro questionários para avaliar os resultados das ritidoplastias (*Facelift Outcomes Evaluation* - FOE), rinoplastias (*Rhinoplasty Outcomes Evaluation* - ROE), blefaroplastias (*Blepharoplasty Outcomes Evaluation* - BOE) e rejuvenescimento facial (*Skin Rejuvenation Outcomes Evaluation* - SROE). HARRIS & CARR (2001) publicaram a *Derriford Appearance Scale* (DAS-59) com o objetivo de mensurar a frequência dos sintomas e os níveis de angústia gerados pela aparência dos pacientes com deformidades e/ou problemas estéticos.

A Cirurgia Plástica, apesar de ser realizada no nível físico, tem seus resultados extrapolados para o nível psicológico, melhorando a forma como o corpo é visto e percebido pelo indivíduo (CASH & DEAGLE, 1997; ÖZGÜR, TUNCALI, GÜRSU, 1998). Portanto, a mensuração do sucesso cirúrgico não se deve limitar às complicações pós-operatórias, mas, sobretudo, à habilidade do cirurgião em melhorar a QV do paciente (ALSARRAF, 2000).

Já existem dados concretos acerca da melhora da QV em pacientes submetidos a algum tipo de cirurgia plástica (COLE *et al.*, 1994; KLASSEN *et al.*, 1996; RANKIN *et al.*, 1998; ÖZGÜR, TUNCALI,

GÜRSU, 1998; SHAKESPEARE & POSTLE, 1999; BLOMQVIST, ERIKSSOM, BRANDBERG, 2000; ALSARRAF, 2000; BOLTON *et al.*, 2003; CANO, BROWNE, LAMPING, 2004; FREIRE *et al.*, 2004; VEIGA *et al.*, 2004; ALVES *et al.*, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2007; CARVALHO *et al.*, 2007; FERNANDES PM *et al.*, 2007; MAGALHÃES *et al.*, 2008; NICODEMO, PEREIRA, FERREIRA, 2008a; NICODEMO, PEREIRA, FERREIRA, 2008b; ORSI *et al.*, 2008). Tal resultado deve-se às mudanças na aparência e à função que implica melhora do ajustamento e integração social (CASH & DEAGLE, 1997; HARRIS & CARR, 2001; LAWRENCE *et al.*, 2004).

Embora alguns estudos façam a avaliação das cicatrizes, principalmente aquelas pós-acne e queimadura, sob o enfoque de seus portadores, a maioria deles realiza a observação, utilizando especialistas. No entanto, raramente há concordância entre o que o portador experimenta e aquilo que o avaliador detecta (MARTIN *et al.*, 2003).

Geralmente, a avaliação do especialista concentra-se nos aspectos objetivos da cicatriz: tamanho, forma, volume, cor, textura e elasticidade. Também está inclusa, nessa avaliação, a análise das características estrutural, mecânica, microscópica e fisiológica. Diferentemente, de forma subjetiva, o paciente leva em consideração as conseqüências psicológicas e sociais decorrentes da lesão. Nem sempre há correlação entre a gravidade da lesão com o grau de disfunção psico-social (POWERS *et al.*, 1999).

O uso de fotografias para a avaliação do tamanho, da forma e da área das cicatrizes solucionou as dificuldades até então existentes em virtude das irregularidades marginais (CROWE *et al.*, 1998; MASTERS, McMAHON, SUENS, 2005). Entretanto, esse método não permite a

comparação dos vários tratamentos entre indivíduos diferentes (POWERS *et al.*, 1999).

Para se obter o volume da cicatriz, torna-se necessária a mensuração de sua espessura acima e abaixo da superfície cutânea. Apesar do alto custo e da dificuldade de disponibilização, o ultra-som parece ser um método promissor para tal função (VanZUIJLEN *et al.*, 2002).

Dificuldade maior é encontrada na determinação da cor e da elasticidade das cicatrizes. Pelo exame subjetivo do observador, fatores como textura, vascularização e pigmentação são considerados na avaliação da cor. As propriedades tênsis podem ser medidas por tenômetros, pneumatômetros e cutômetros. Embora haja vários métodos de avaliação dessas características, nenhum deles tem se mostrado reprodutível e válido (POWERS *et al.*, 1999).

Apesar do conhecimento do forte impacto ocorrido nas relações sociais, no status psicológico e nas atividades de vida diária que os portadores de doença cutânea podem apresentar, segundo HALIOUA, BEUMONT, LUNEL (2000) os estudos do problema nessa população são recentes. Até então, as medidas objetivas da clínica tradicional eram preferíveis àquelas que inferiam sobre a satisfação e conforto dos pacientes (SMITH *et al.*, 1988; SULLIVAN *et al.*, 1990; AHN, MONAFO, MUSTOE *et al.*, 1991; GOLD, 1994; KLUMPAR, MURRAY, ANSCHER, 1994; PHILLIPS, GERSTEIN, LORDAN, 1996; SHIGEKI *et al.*, 1997; YEONG *et al.*, 1997; BEAUSANG *et al.*, 1998; CROWE *et al.*, 1998; POWERS *et al.*, 1999; MANUSKIATTI, FITZPATRICK, GOLDMAN, 2001; MANUSKIATTI & FITZPATRICK, 2002; VanZUIJLEN *et al.*, 2002; MARTIN *et al.*, 2003; MASTERS, McMAHON, SUENS, 2005).

A nova abordagem passou a ser incorporada, primeiramente, na avaliação de doenças cutâneas como acne, psoríase, dermatite atópica e seqüelas pós-queimadura (GINSBURG & LINK, 1989; MOTLEY & FINLAY, 1989; MOTLEY & FINLAY, 1992; GINSBURG & LINK, 1993; GIRMAN, HARTMAIER, THIBOUTOT, 1996; SCHIMIDD-OTT, JÄGER, KUENSEBECK, 1996; LAYTON, SEUKERAN, CUNLIFFE, 1997; GUPTA, JOHNSON, GUPTA, 1998; GROB *et al.*, 1999; JONES-CABALLERO *et al.*, 2000; KOO & LEBWOHL, 2001; BALDWIN, 2002; BARANKIN, DeKOVEN, 2002; STANGIER, EHLERS, GIELER, 2003; MUKHTAR, CHOI, KOO, 2004; GROB *et al.*, 2005; KOBLENZER, 2005; KIMBALL *et al.*, 2005; HULL & D'ARCY, 2005; GOODMAN, 2006). Devido ao pioneirismo na avaliação da QV em portadores de cicatriz pós-acne, atualmente, existem inúmeros estudos abordando esse tema (LAYTON, SEUKERAN, CUNLIFFE, 1997; GOODMAN, 2006;). Prova disso são o *Cardiff Acne Disability (CADI)*, *Acne Disability Index (ADI)*, o *Acne Health-Related Quality of Life – AcneHRQOL* e a *Acne Quality of Life Scale (AQLS)* (MOTLEY & FINLAY, 1989; MOTLEY & FINLAY, 1992; GIRMAN, HARTMAIER, THIBOUTOT, 1996; GUPTA, JOHNSON, GUPTA, 1998).

Sendo as cicatrizes fibroproliferativas pertencentes ao grupo de doenças cutâneas estas podem também, como as outras já estudadas, afetar a imagem corporal, a auto-estima, a confiança e predispor à desordens psíquicas como ansiedade e depressão. Atualmente, os questionários de QV tornaram-se ferramentas úteis na detecção da influência dessas doenças no status de saúde de seus portadores (HALIOUA *et al.*, 2000). Excetuando o estudo de BOCK *et al.* (2006) que analisa os impactos físico e psicológico das cicatrizes fibroproliferativas em seus portadores, todos os outros

mensuram a eficácia do tratamento pela análise da intensidade dos sintomas, das características clínicas e da satisfação com os resultados (AHN, MONAFO, MUSTOE, 1991; KLUMPAR, MURRAY, ANSCHER, 1994; SHIGEKI *et al.*, 1997; MANUSKIATTI, FITZPATRICK, GOLDMAN, 2001; MANUSKIATTI & FITZPATRICK, 2002).

A análise da QVRS auxilia nos cuidados dirigidos ao paciente à medida que identifica problemas, não possíveis de serem reconhecidos sob outras formas. Mensura também, o sucesso terapêutico ao longo do tempo por meio de uma avaliação padronizada e possibilita a melhora da relação médico-paciente (GILBODY, HOUSE, SHELDON, 2002; VERDUGO, 2005). Para tanto, os clínicos e pesquisadores, que não contam com um instrumento apropriado em seu próprio idioma, devem optar por: (a) desenvolver um instrumento para seu próprio contexto cultural; (b) promover o desenvolvimento de um novo instrumento adaptado, simultaneamente, a contextos culturais diferentes; (c) usar uma medida não relacionada a questionários de QV que permita ao indivíduo definir os domínios importantes para sua própria avaliação; (d) traduzir e adaptar um instrumento pré-existente para seu próprio idioma (da MOTA FALCÃO, CICONELLI, FERRAZ, 2003).

As 3 primeiras opções demandam tempo considerável, assim como empenho pessoal e financeiro. A que se tem mostrado mais viável, passível de gerar instrumentos que permitam comparação entre culturas, tem sido a tradução e a adaptação cultural de instrumentos já existentes e cujas propriedades de medida tenham sido demonstradas em seu idioma original (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; da MOTA FALCÃO, CICONELLI, FERRAZ, 2003; BEATON *et al.*, 2000, DUARTE, 2003).

O primeiro processo sistematizado de tradução de que se tem relato aconteceu no século III a.C. Ptolomeu Filadelfo, rei do Egito, encomendou a tradução da “Lei dos judeus” (Torá) do hebraico para o grego para compor o acervo da recém-inaugurada Biblioteca de Alexandria. O trabalho foi executado por 72 hebreus, 6 de cada tribo de Israel. Eles foram levados para a Ilha de Faros onde, individualmente, em suas celas, realizavam as traduções. Ao final, as traduções foram comparadas e se mostraram idênticas o que convenceu a muitos da qualidade sobrenatural da *Septuaginta* (palavra latina que significa setenta). Ao longo dos anos, a *Septuaginta* foi usada como base para diversas traduções da Bíblia (FLÁVIO & CRISTIANO, 2006).

Atualmente, existem múltiplas técnicas utilizadas no processo transcultural de tradução de instrumentos. MANEESRIWONGUL & DIXON (2004) agruparam-nas em 6 categorias: (1) “tradução para frente” (*Forward translation*); (2) “tradução para frente” com pré-teste; (3) “tradução de volta” ou retro-tradução (*Backtranslation*); (4) retro-tradução com pré-teste monolíngüe; (5) retro-tradução com pré-teste bilíngüe; (6) retro-tradução com pré-testes mono e bilíngüe. Concluem que, com essa abordagem, a qualidade mínima em um estudo é alcançada quando são realizados a retro-tradução e o pré-teste monolíngüe, como foi realizado no presente estudo.

SWAINE-VERDIER *et al.* (2004) e McKENNA & DOWARD (2005) sugeriram a adoção de grupos de profissionais da área e de leigos para que se obtivesse a equivalência entre os instrumentos em questão, em vez do processo *Foward/Backtranslation*. Segundo esses autores, a falta de concordância entre as traduções, *Foward* e *Backtranslation*, não deve ser o único parâmetro para classificar o êxito do processo.

A busca pela equivalência não deve se limitar a escolha da técnica perfeita. Esta deve ser ampla, abrangente e complementar (MANEESRIWONGUL & DIXON, 2004).

Seguindo esses preceitos, WILD *et al.* (2005) criaram o guia “Princípios da boa prática para o processo de tradução e adaptação cultural”. Em 10 passos, foi proposta a uniformização do processo: 1) Preparação; 2) “Tradução para frente”; 3) Reconciliação entre as “traduções para frente”; 4) Retro-tradução; 5) Revisão entre as retro-traduições; 6) Harmonização entre todas as versões; 7) Pré-teste; 8) Revisão do pré-teste; 9) Revisão Geral; 10) Relatório Final.

6.2 SOBRE OS MÉTODOS

Como preconizado na fase de Preparação, após a seleção do *Questionnaire of Quality of Life for Patients with Keloid and Hypertrophic Scarring*, foi obtido o consentimento do primeiro autor para a tradução e adaptação para o idioma português (Anexo 2). Posteriormente, foram também cedidas a fórmula para o cálculo do escore (Quadro 3) e as instruções de preenchimento do questionário (Apêndice 12), já que as mesmas não haviam sido descritas no artigo publicado .

A escolha desse questionário deve-se ao pioneirismo e relevância do tema, o que pode ser comprovado, observando as estimativas norte-americanas de 2004. De acordo com os dados, as doenças cutâneas estão entre os problemas de saúde mais comuns, superando condições como obesidade, hipertensão e câncer. A categoria na qual se incluem os quelóides é responsável por um impacto na QV cujo custo se aproxima de 1,6 bilhões de dólares (BICKERS *et al.*, 2006).

O questionário de BOCK *et al.* (2006) é, atualmente, o único desenvolvido para avaliar a QV nos pacientes portadores de cicatrizes fibroproliferativas. Retiraram-se os itens do questionário *Experience with Skin Complaints* (SCHMIDD-OTT *et al.*, 1998) e, posteriormente, estes foram adaptados semanticamente. Esse modelo de avaliação atribui um escore distinto (*health profile*) para as escalas física e psicológica. Inicialmente, foi feito um estudo piloto em 10 pacientes para verificar a compreensão e a aceitabilidade do questionário. Em seguida, durante um período de 11 meses, o mesmo foi aplicado em 100 pacientes para analisar a reprodutibilidade teste-reteste e a validade.

No presente estudo, a maioria (60,4%) dos pacientes eram não-brancos (Apêndice 9). Esses dados corroboram com outros trabalhos (ROCKWELL, COHEN, EHRlich, 1989; DATUBO-BROWN, 1990; DEODHAR, 1999; ALSTER & TANZI, 2003; RAHBAN & GARNER, 2003) os quais evidenciam a maior prevalência de cicatrizes fibroproliferativas nessa parcela da população.

Considerando a maior frequência dessas lesões em pacientes jovens, com risco maior na segunda década de vida, e raras em pessoas acima de 73 anos de idade (REIS, 1994; BERMAN & BIELEY, 1996; NIESSEN *et al.*, 1999), foram alocados nessa casuística pacientes com idade entre 15 e 70 anos. Estabeleceu-se, em virtude da presença de uma questão sobre atividade sexual, a idade mínima de 15 anos. No presente estudo, a mediana de idade dos pacientes foi de 25 anos (Apêndice 9). Resultados similares foram encontrados por RAMAKRISHNAN, THOMAS, SUANDARARAJAN (1974) em um levantamento com 1.000 pacientes portadores de quelóide, no qual 62,2% das lesões estavam compreendidas na faixa etária de até 30 anos.

Em relação ao gênero, os resultados na literatura são divergentes. Alguns pesquisadores não encontraram correlação entre o risco de desenvolver quelóide e o gênero dos portadores (ROCKWELL, COHEN, EHRLICH, 1989; CANARY *et al.*, 1990; REIS, 1994; BERMAN & BIELEY, 1996). Porém, outros sugerem que existe uma predisposição maior em pessoas do gênero feminino, em virtude de seu desenvolvimento poder estar relacionado a fatores hormonais. Isso justifica o aumento das lesões durante a gravidez, bem como uma relativa regressão na menopausa (REIS, 1994; NIESSEN *et al.*, 1999). A maior parte dos pacientes desse estudo (60,4%) foi do gênero feminino (Apêndice 9).

A maioria dos quelóides (mais de 90%), localiza-se em região superior ao abdome (HOCHMAN *et al.*, 2008). Essa distribuição preferencial foi comprovada com os dados deste trabalho (Apêndice 10). Isso é explicado pela teoria que atribui ao sebo a produção do estímulo antigênico para o início dessas lesões (ANDRADES, BENÍTEZ, PRADO, 2006). O tórax, as orelhas e os ombros são zonas sabidamente seborréicas.

Os pacientes foram distribuídos em 3 grupos (Quadro 1), de acordo com a classificação de MUIR (1990). Os objetivos dessa conduta foram homogeneizar as amostras de acordo com as características clínicas da cicatriz e, principalmente, verificar se a gravidade da doença interferia no entendimento dos itens. Em casos de lesões múltiplas, a lesão classificada era aquela que causava maiores transtornos físico e psicológico para o paciente.

As lesões pertencentes ao Grupo 2 são, quando comparadas com as do Grupo 1 e 3, de caráter mais agressivo. Justamente por isso, apresentam maior tempo de evolução (Apêndice 9). Ademais, por apresentarem altas taxas de recidiva, ou serem bastante extensas, acabam se tornando

inoperáveis. Assim, nesse grupo, o tratamento conservador torna-se o de escolha para reduzir o prurido e a dor (Apêndice 10).

Diferentemente do Grupo 2, as lesões do Grupo 1 são menos agressivas e com forte tendência à regressão espontânea. Quando submetidas a um tratamento conservador, na maioria das vezes, respondem favoravelmente, reduzindo a indicação cirúrgica (Apêndice 10).

As lesões do Grupo 3, localizadas preferencialmente na orelha (Apêndice 10), apresentam características intermediárias entre os 2 grupos anteriores. Possuem tempo de evolução maior que o Grupo 1 e menor que o Grupo 3 (Apêndice 9) e são as que têm maior indicação cirúrgica (Apêndice 10).

Para manter a equivalência operacional, no presente estudo o questionário foi auto-administrado. Esse modo de aplicação possui as vantagens de não precisar de um entrevistador treinado e de não encarecer o processo avaliatório. Entre as desvantagens, estão a exclusão de pacientes analfabetos ou com baixa escolaridade e a possibilidade de preenchimento incompleto (da MOTA FALCÃO, CICONELLI, FERRAZ, 2003).

Pelo fato de o questionário deste estudo possuir questões consideradas como tabus culturais (atividade sexual e intenção suicida), o modo auto-administrado pôde ter sido de fundamental importância para detectar, com autenticidade, respostas a esses itens. De acordo com CORLESS, NICHOLAS, NOKES (2001) este formato permite resguardar a privacidade do respondente, evitando sua exposição direta frente a um entrevistador o que, talvez, poderia mascarar suas respostas.

A exigência da 5ª série do Ensino Fundamental para a inclusão neste trabalho, embora fator limitante, foi estabelecida para que garantisse a

correta interpretação dos itens do questionário. De acordo com o conceito de alfabetismo funcional, considera-se alfabetizada a pessoa capaz de utilizar a leitura e a escrita em contextos cotidiano, doméstico ou de trabalho (RIBEIRO, 1997). Nos países em desenvolvimento, o indicador de alfabetismo funcional gira em torno de 4 anos de estudo.

A defasagem de escolaridade da população brasileira pôde ser comprovada, analisando os dados da casuística desse estudo. Normalmente, espera-se que jovens de 17 anos tenham cursado 11 anos de estudo. No entanto, detectou-se esse índice em uma faixa etária superior a 20 anos (Apêndice 7).

Dois professores brasileiros de inglês foram responsáveis pelas traduções iniciais. Esses profissionais foram preferíveis a especialistas da saúde por representarem a população-alvo e pelo fato de o questionário não apresentar dificuldade em relação à terminologia técnica (SHMIDT & BULLINGER, 2003; WANG, LEG, FETZER, 2006). A orientação nessa etapa foi direcionada para a manutenção do significado do item, evitando-se a tradução literal. A importância de se obter compreensão e equivalência de significado dos itens para diferentes culturas suplanta a exigência da tradução “palavra por palavra” (SPERBER, 2004; SIRECI *et al.*, 2006; WEEKS, SWERISSEN, BELFRAGE, 2007). Ratificando essa abordagem, há uma tendência em referenciar os estudos nessa área como “estudos de adaptação” ao invés de “estudos de tradução”.

Quanto menor a similaridade cultural e lingüística, maior a frequência com que ocorrem problemas de equivalência (FERRAZ *et al.*, 1990). Enquanto o idioma português tem origem no latim (língua do povo que vivia originariamente na Roma Antiga), o inglês é derivado das civilizações anglo-saxônicas. Por isso, algumas vezes é extremamente

difícil a obtenção de uma equivalência no significado de algumas expressões lingüísticas, independentemente de quão cuidadosa tenha sido a tradução do ponto de vista da linguagem.

Apesar da discordância de alguns autores (SWAINE-VERDIER *et al.*, 2004; McKENNA & DOWARD, 2005) da efetividade da “tradução de volta” (*backtranslation*) este é ainda o método mais usado para obter equivalência entre o idioma-fonte e o idioma-alvo (YU, LEE, WOO, 2004).

Considera-se equivalência no processo de tradução a concordância entre medidas que avaliam o mesmo domínio (CHANG & CHAU, 1999; HILTON & SKRUTKOWSKI, 2002). Dentre todas as citadas, a mais relevante é a conceitual (HERDMAN, FOX-RUSHBY, BADIA, 1998). É ela que verifica a importância do domínio abordado no instrumento original para o contexto da população-alvo. De acordo com a abordagem teórica, baseada nas diferenças culturais, se um conceito (domínio) é único em uma cultura em particular ou se expressa com maior peso, sua tradução e seu uso em outras culturas podem ser questionáveis (SCHMIDT & BULLINGER, 2003).

A revisão das traduções iniciais, retro-traduições e pré-teste pelo grupo multidisciplinar é uma estratégia para melhorar a equivalência entre os instrumentos (WANG, LEE, FETZER, 2006). A escolha de 2 representantes de cada especialidade (Cirurgia Plástica, Psicologia e Dermatologia), familiarizados com idioma inglês, visou à equiparação das opiniões sem a sobreposição de nenhuma.

Embora o questionário seja dividido em escalas física e psicológica, o paciente ao respondê-lo não teve conhecimento dessa conformação, já que os itens de ambas as escalas encontram-se misturados. Esse pode ter sido um artifício criado pelos autores, para não focar a atenção do paciente

em um único aspecto de sua doença, mas sim fazê-lo visualizar, com a mesma importância, todas as dificuldades que enfrenta, quer sejam físicas ou psicológicas.

6.3 SOBRE OS RESULTADOS

Após a retro-tradução, o item 6: “Acho difícil **lidar** com a coceira em minhas cicatrizes” foi substituído por “Acho difícil **agüentar** a coceira em minhas cicatrizes”, já que nessa sentença foi mantido o significado original do verbo *put up*. O mesmo aconteceu com o item 8. A frase: “**Não consigo parar de coçar minhas cicatrizes quando a coceira ocorre**” foi modificada para: “**Quando minhas cicatrizes coçam, não consigo ficar sem coçá-las**” pois se aproxima mais da original: “*I cannot prevent myself from scratching when my scars itch*”.

Depois do primeiro pré-teste, realizado em 30 pacientes, o item 3: “Consigo ignorar o **comportamento reservado** dos outros em relação às minhas cicatrizes” foi reescrito para “Consigo ignorar o **jeito com que as pessoas me olham** por causa das minhas cicatrizes”. Nesse caso, a tradução do termo *the reservations* não obteve adequada compreensão para o português. A palavra **sauna** do item 11 também foi substituída. Nesse caso, também por consenso do grupo multidisciplinar, a palavra **praia** foi escolhida por ser um hábito mais comum à maioria dos brasileiros.

Ainda no primeiro pré-teste, um paciente sugeriu a mudança do item 13 de: “**Pessoas** com cicatrizes como as minhas têm menos autoconfiança” para: “**Tenho** menos autoconfiança por causa das minhas cicatrizes” já que, segundo ele, “não poderia saber o que pensam outras pessoas com cicatrizes”. Após consenso, o grupo multidisciplinar acatou a sugestão,

apesar de salientar que, com a mudança, uma leve modificação ocorreria no sentido original. A decisão do grupo baseou-se no restante dos itens do questionário, todos na primeira pessoa do singular.

Ainda no primeiro pré-teste, um paciente pediu esclarecimento sobre a expressão **sexualmente ativo**, quando perguntado se havia compreendido o item 5: “Devido as minhas cicatrizes, às vezes tenho vergonha de ser sexualmente ativo”. Foi respondido que a expressão em questão possuía sinônimo de **atividade sexual, relação sexual**. O mesmo aconteceu com a palavra embaraçado do item 12: “Nunca me sinto **embaraçado** ou envergonhado por causa das minhas cicatrizes”. Para facilitar a compreensão, o paciente foi orientado a entender embaraçado como equivalente a **envergonhado**. Como essas incompreensões aconteceram de maneira isolada, e representaram menos de 20% da casuística, de acordo com a metodologia proposta, os itens não foram modificados.

Ao final do segundo pré-teste, os 15 pacientes selecionados compreenderam todos os itens. Antes da formulação da Versão Final, foi acrescida ao item 2, com a aprovação do grupo multidisciplinar, a palavra “**dificultam**” com o intuito de facilitar o entendimento do mesmo.

Quanto mais opções de resposta existirem em uma escala *Likert*, maior será a dificuldade de traduzir as nuances entre elas. No presente estudo, isso pôde ser comprovado pela baixa frequência à resposta “Quase verdadeiro”, possivelmente tida por alguns pacientes, como sinônimo de “Até certo ponto verdadeiro” (Apêndices 23 e 24).

Na fase de pré-teste, o “n” amostral é sempre menor em relação à fase de verificação da reprodutibilidade (CICONELLI *et al.*, 1999; MOSES *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2006; JORGE *et al.*, 2008;). Nos estudos de CICONELLI *et al.* (1999), MOSES *et al.* (2006) e JORGE *et al.* (2008)

foram recrutados de 20 a 30 pacientes em cada versão formulada. Para a aprovação da mesma, a porcentagem de entendimento de cada item deveria ser de pelo menos 80%. Na reprodutibilidade, participaram do estudo de MEDEIROS *et al.* (1998) 30 pacientes; no estudo de CICONELLI *et al.* (1999) 50 pacientes; no de PONTES *et al.* (2004) 50 pacientes; no de ALANAY *et al.* (2005) 47 pacientes; no de FERRAZ *et al.* (2006) 71 pacientes; e no de JORGE *et al.* (2008) 30 pacientes.

A reprodutibilidade pode ser definida como a capacidade do instrumento de mostrar que pacientes estáveis apresentam resultados semelhantes depois de administrações repetidas do questionário. Sua função é avaliar se medidas ou questionários individuais são capazes de produzir os mesmos resultados ou resultados semelhantes em diferentes ocasiões ou por observadores diferentes. Isso permite analisar a quantidade de erro inerente ao instrumento (DUARTE, 2003).

As reprodutibilidades intra e inter-observador se propõem a avaliar o grau de concordância dos resultados obtidos pelo mesmo observador ou por diferentes observadores, respectivamente. Já a reprodutibilidade teste-reteste do instrumento é verificada quando o indivíduo, em condições estáveis, é observado em duas ocasiões diferentes. Geralmente, é utilizado o coeficiente de correlação intraclassa para analisá-la (STREINER, 1993).

A reprodutibilidade teste-reteste deve ser realizada em 2 momentos distintos, de forma que o tempo entre eles não seja tão longo a ponto de que haja mudança no fenômeno, e nem tão curto de modo que os sujeitos lembrem a primeira resposta (STREINER, 1993; COPPINI, 2001). Nesse estudo, dos 71 pacientes que, inicialmente, responderam o questionário, 58 compareceram à 2ª aplicação. O intervalo entre as aplicações apresentou um período mínimo de uma semana e máximo de duas. O coeficiente de

correlação intraclasse (CCI), indicador da reprodutibilidade, foi de 0,783 e 0,917 para os domínios físico e psicológico, respectivamente (Tabela 1). Esses valores foram semelhantes aos encontrados por MEDEIROS *et al.* (1998) na tradução para o português do *Caregiver Burden Scale* e por DUARTE, CICONELLI, SESSO (2005) na tradução do instrumento de avaliação de QV para pacientes renais crônicos em programa dialítico-*"Kidney Disease and Quality of Life - Short Form"* (KDQOL-SFTM1.3).

O fato de o resultado do CCI da escala física ter sido inferior ao da psicológica pode ser explicado pela presença dos itens que avaliam o sintoma prurido (itens nº 4, 6 e 8). Este pode ter aumentado ou diminuído entre a primeira e segunda aplicações do questionário, apesar de o paciente não ter feito uso de nenhuma medicação, devido às mudanças climáticas que, sabidamente, interferem nesse sintoma.

A representação gráfica das diferenças entre os escores na primeira e segunda avaliação foi apresentada por meio do diagrama de Bland-Altman (Figuras 2 e 3). Nesse diagrama, as diferenças nas avaliações são plotadas diante dos valores médios obtidos, permitindo reconhecer tanto a amplitude da variação, como a existência de vieses sistemáticos entre as duas ocasiões (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Além da reprodutibilidade, a confiabilidade do instrumento também tem sido estimada pela análise da consistência interna, utilizando-se para isso o coeficiente α -Cronbach. Ela mostra a homogeneidade dos itens e a relação com o escore total da escala (HYDE, 2000; JONES-CABALLERO *et al.*, 2002; DUARTE, 2003; GUCHT *et al.*, 2004; PONTES *et al.*, 2004; ALANAY *et al.*, 2005; JORGE *et al.*, 2008). Esse cálculo baseia-se nas respostas dadas às perguntas que o compõem. Quanto mais semelhantes as respostas, mais consistente é o domínio (HYDE, 2000; PEREIRA, 2006).

Os valores para o questionário de QV nos portadores de cicatrizes fibroproliferativas variaram de 0,767 a 0,866 (Tabela 2) e ficaram bastante próximos dos valores encontrados no questionário original de BOCK *et al.* (2006) no qual o coeficiente ficou compreendido entre 0,77 e 0,88. Resultados semelhantes foram obtidos em outros estudos brasileiros de tradução e adaptação cultural de questionários (GUIRARDELLO, 2005; LA SCALA, NASPITZ, SOLÉ, 2005; PONTES *et al.*, 2005; DUARTE, CICONELLI, SESSO, 2005).

A construção gramatical diferente dos itens 3 e 12 da escala psicológica, em relação aos demais, pode ter contribuído para uma menor confiabilidade desse domínio. Enquanto estes afirmam as dificuldades psicológicas enfrentadas pelos pacientes, os primeiros relatam não existir nenhum problema nessa área para seus portadores.

Considerando-se fatores como ansiedade, nervosismo e desconhecimento do conteúdo ao primeiro contato do paciente com o questionário, os itens 3 e 12 podem ter sido interpretados de maneira não adequada. Nesse caso, possivelmente foram interpretados com o mesmo “sentido negativo” dos demais.

Surpreendentemente, o item **15 “Já pensei em cometer suicídio por causa das minhas cicatrizes”** foi respondido, positivamente, por quase 10% da casuística em ambas as avaliações, mostrando a relevância do tema (Apêndices 23 e 24). Esse dado corrobora com os achados de PICARDI, MAZZOTTI, PASQUINI (2006) que tiveram o relato de intenção suicida em 8,6% dos pacientes com alguma doença dermatológica, principalmente acne e psoríase.

O modelo de análise de variância com 1 fator fixo foi utilizado para verificar a associação entre o escore das escalas física e psicológica e a

resposta ao item 15, na tentativa de acrescentá-lo a uma delas. Porém, o resultado estatístico não permitiu fazê-lo já que não mostrou significância (Apêndices 26 e 27).

6.4 PERSPECTIVAS

Para o futuro, talvez seja necessário pensar-se sobre a necessidade de versões culturalmente apropriadas dentro de um mesmo país (da MOTA FALCÃO, CICONELLI, FERRAZ, 2003). A grande extensão territorial do Brasil, que encerra em seus limites povos com hábitos, linguagem e costumes distintos, justificaria tal conduta.

Além disso, pesquisas subseqüentes poderão ser desenvolvidas com o intuito de demonstrar a validade e a responsividade do questionário. Avaliar esses parâmetros visa à ampla utilização do instrumento em ensaios clínicos controlados, aleatórios e à comparação dos resultados entre diferentes culturas.

6.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação ideal das cicatrizes deve incluir tanto os aspectos objetivos quanto os subjetivos. Os métodos devem ser baratos, não-invasivos, reprodutíveis, válidos e os menos dolorosos possíveis (ALASIA *et al.*, 1996).

Devido ao grande número de estudos, voltados para os portadores de cicatrizes fibroproliferativas, atualmente, o emprego de procedimentos de avaliação que utilizam medidas padronizadas é uma ferramenta promissora

e relevante, tanto para a clínica quanto para pesquisa. Embora QV não seja o único desfecho esperado, o uso desta análise pode contribuir, entre outros pontos, para a verificação da eficácia e efetividade do tratamento, discriminar pacientes quanto à gravidade dos sintomas e indicação terapêutica.

O questionário escolhido neste estudo para ser traduzido e adaptado ao contexto cultural-brasileiro apresentou características que recomendam seu uso (CHEN, LI, KOCHEN, 2005): possui dimensões positivas e negativas (FLECK *et al.*, 1999), é reprodutível, prático, de aplicação rápida, de fácil entendimento e seu escore é calculado de maneira simples.

CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

1. O *Questionnaire of Quality of Life for Patients with Keloid and Hypertrophic Scarring* foi traduzido para o idioma português e adaptado culturalmente à população brasileira.
2. O questionário apresentou confiabilidade.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

Ahn AT, Monafo WW, Mustoe TA. Topical Silicone Gel for the Prevention and Treatment of Hypertrophic Scar. Arch Surg. 1991 Apr;126:499-504.

Alanay A, Cil A, Berk H, Acaroglu E, Tazici M, Akcali O, Kosay C, Genc Y, Surat A. Reliability and Validity of Adapted Turkish Version of Scoliosis Research Society-22 (SRS-22) Questionnaire. Spine. 2005 Nov 1;30(21):2464-8.

Alasia ST, Castagnoli C, Calcagni M, Stella M. The influence of progress in the treatment of severe burns on the quality of life. Acta Chir Plast. 1996;38(4):119-21.

Al-Attar A, Mess S, Thomassen JM, Kauffman CL, Davison SP. Keloid Pathogenesis and Treatment. Plast Reconstr Surg. 2006 Jan;117(1):286-300.

Almeida PO. Instrumentos para avaliação de pacientes com demência. Rev. Psiq Clin [Internet]. 1999 Mar-Apr [acesso em 2007 Jan 10]; 26(2). Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo\(78\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo(78).htm)

Alster TS, Tanzi EL. Hypertrophic Scars and Keloids. Am J Clin Dermatol. 2003;4(4):235-43.

Alsarraf R. Outcomes Research in Facial Plastic Surgery: A Review and New Directions. Aesth Plast Surg. 2000 May-Jun;24:192-7.

Anderson RT, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol*. 1997 Jul;37(1):41-50.

Andrades P, Benítez S, Prado A. Recomendaciones para el manejo de cicatrices hipertróficas y queloides. *Rev Chil Cir*. 2006 Apr;58(2):78-88.

Araújo CDM, Gomes HC, Veiga DF, Hochman B, Fernandes PM, Novo NF, Ferreira LM. Influência da hipertrofia mamária na capacidade funcional das mulheres. *Rev Bras Reumatol*. 2007;47(2):91-6.

Asilian A, Darougheh A, Shariati F. New combination of triamcinolone, 5-Fluorouracil, and pulsed-dye laser for treatment of keloid and hypertrophic scars. *Dermatol Sur*. 2006 Jul;32(7):907-15.

Baldwin HE. The interaction between acne vulgaris and the psyche. *Cutis*. 2002 Aug;70(2):133-9.

Barakin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. *Can Fam Physician*. 2002 Apr;48:712-6.

Bayat A, McGrouther DA, Ferguson MWJ. Skin scarring. *BMJ*. 2003 Jan 11;326:88-92.

Bayat A, McGrouther DA. Clinical management of skin scarring. *Skinmed*. 2005 May-Jun;4(3):165-73.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 2000 Dec 15;25(24):3186-91.

Beausang E, Floyd H, Dunn KW, Orton CI, Ferguson WJ. A New Quantitative Scale for Clinical Scar Assessment. *Plast Reconstr Surg*. 1998 Nov;102(6):1954-61.

Berman B, Bielely HC. Adjunct therapies to surgical management of keloids. *Dermatol Surg*. 1996 Feb;22(2):126-30.

Berrino AM, Voltolini S, Fiaschi D, Pellegrini S, Bignardi D, Minale P, Troise C, Maura E. Chronic urticaria: importance of a medical-psychological approach. *Allerg Immunol (Paris)*. 2006 May;38(5):149-52.

Bickers DR, Lim HW, Margolis D, Weinstock MA, Goodman C, Faulkner E, Gould C, Gemmen E, Dall T. The burden of skin diseases: 2004. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Sep;55(3):490-500.

Blomqvist L, Eriksson A, Brandberg Y. Reduction Mammoplasty Provides Long-Term Improvement in Health Status and Quality of Life. *Plast Reconstr Surg*. 2000 Oct; 106(5):991-7.

Bock O, Schmid-Ott G, Malewski P, Mrowietz U. Quality of life of patients with keloid and hypertrophic scarring. *Arch Dermatol Res*. 2006 Apr;297(10):433-8.

Bolton MA, Pruzinsky T, Cash TF, Persing JA. Measuring Outcomes in Plastic Surgery: Body Image and Quality of Life in Abdominoplasty Patients. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Aug;112(2):619-25.

Bramston P, Chipuer H, Pretty G. Conceptual principles of quality of life: an empirical exploration. *J Intellect Disabil Res.* 2005 Oct;49(Pt 10):728-33.

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

Brook RH, Ware Jr JE, Davies-Avery A. Overview of adult health status measures fielded in Rand's Health Insurance Study. *Med Care.* 1979 Jul;17:1-131.

Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res.* 1993 Dec;2:451-9.

Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplege A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, Gandek B, Wagner A, Aaronson N, Bech P, Fukuhara S, Kaasa S, Ware JE Jr. Translating Health Status Questionnaires and Evaluating Their Quality: The IQOLA Project Approach. *J Clin Epidemiol.* 1998 Nov;51(11):913-23.

Bunker JP, Wennberg JE. Operation rates, mortality statistics and the quality of life. *N Engl J Med.* 1973 Dec 6;289:1249-51.

Canary PCV, Filipo R. Papel da radioterapia no tratamento de quelóides – Análise retrospectiva de 267 casos. *Rev Bras Cir.* 1990 Set-Out;80(5):291-5.

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;57:1-11.

Carvalho MP, Oliveira Filho RS, Gomes HC, Veiga DF, Juliano Y, Ferreira LM. Auto-estima em pacientes com carcinomas de pele. *Rev Col Bras Cir.* 2007 Nov-Dez;34(6):361-6.

Cash TF, Deagle EA. The Nature and Extent of Body Image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia: a Meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 1997 Sep; 22:107-25.

Chambers LW, Sackett DL, Goldsmith CH, MacPherson AS, Mcauley RG. Development and application of an index of social function. *Health Serv Res.* 1976 Winter; 11:430-41.

Chang AM, Chau JPC. Translation of questionnaires and issues of equivalence. *J Adv Nurs.* 1999 Feb;29(2):316-22.

Chen TH, Li L, Kochen MM. A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? *J Zhejiang Univ Sci.* 2005 Sep;6B(9):936-40.

Chuh A, Wong W, Zawar V. The skin and the mind. *Aust Fam Physician.* 2006 Sep;35(9):723-5.

Chuong CM, Nickoloff BJ, Elias PM, Goldsmith LA, Macher E, Maderson PA, Sundberg JP, Tagami H, Plonka PM, Thestrup-Pederson K, Bernard BA, Schröder JM, Dotto P, Chang CM, Williams ML, Feingold KR, King LE, Kligman AM, Rees JL, Christophers E. What is the “true” function of skin? *Exp Dermatol*. 2002 Apr;1(2):159-87.

Chawalow AJ. Cross-Cultural validation of existing quality of life scales. *Patient Educ Couns*. 1995 Sep;26:313-8.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999 Maio-Jun;39:143-50.

Coady MSE. Measuring outcomes in plastic surgery. *Br J Plast Surg*. 1997 Apr;50:200-5.

Cole RP, Shakespeare V, Shakespeare P, Hobby JAE. Measuring outcome in low-priority plastic surgery using Quality of Life indices. *Br J Plast Surg*. 1994 Mar;47:117-21.

Coppini RS. Tradução, adaptação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes psiquiátricos graves: Lancashire Quality of Life Profile - versão brasileira [Dissertação]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo; 2001. 132 p.

Corless IB, Nicholas PK, Nokes KM. Issues in Cross-cultural Quality-of-Life Research. *J Nurs Scholarsh*. 2001;33(1):15-20.

Cotterill JA. Psychiatry and the skin. *Br J Hosp Med*. 1989 Nov;42(5):401-4.

Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol*. 1997 Aug;137(2):246-50.

Crockett DJ. Aspects of plastic surgery. Scars. *Br Med J*. 1974 Jun 22;2:648-51.

Crowe JM, Simpson K, Johnson W, Allen J. Reliability of Photographic Analysis in Determining Change in Scar Appearance. *J Burn Care Rehabil*. 1998 Mar-Apr;19(2):183-6.

Cruz LN. Associação entre qualidade de vida e depressão em pacientes portadores de doenças crônicas [tese Mestrado na Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005 [acesso em 2007 Jan 10]. Disponível em:
www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000533336&loc=2006&l=184f2df7e4ddf8b9

Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *J Intellect Disabil Res*. 2005 Oct;49:699-706.

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

Datubo-Browm DD. Keloids: a review of the literature. *Br J Plast Surg*. 1990 Jan;43:70-7.

- Davison SP, Mess S, Kauffman LC, Al-Attar A. Ineffective Treatment of Keloids with Interferon Alpha-2b. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Jan;117:247-52.
- Deodhar AK. Aetiopathogenesis of Keloid. *Indian J Med Sci.* 1999 Dec;53(12):525-8.
- Dijkers MP. Individualization in Quality of Life Measurement: Instruments and Approaches. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 Apr;84(Suppl 2):S3-14.
- Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação Cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. 2004 Jan-Abr;19(1):41-52.
- Draaijers LJ, Tempelman FR, Botman YA, Tuinebreijer WE, Middelkoop E, Kreis RW, van Zuijlen PP. The Patient and Observer Scar Assessment Scale: A Reliable and Feasible Tool for Scar Evaluation. *Plast Reconstr Surg.* 2004 Jun;113(7):1960-5.
- Duarte PS. Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos em programa dialítico-"Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (KDQOL-SFTM1.3)" [Dissertação]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo; 2003. 172p.
- Duarte OS, Ciconelli RM, Sesso R. Cultural adaptation and validation of the "Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SFTM 1.3)" in Brazil. *Braz J Med Biol Res.* 2005 Feb;38:261-70.

Dustan HP. Does keloid pathogenesis hold the key to understanding black/white differences in hypertension severity? *Hypertension*. 1995 Dec;26(6 pt 1):858-62.

Elkinton JR. Medicine and quality of life. *Ann Intern Med*. 1966 Mar;64:711-4.

Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A Comprehensive Method for the Translation and Cross-Cultural Validation of Health Status Questionnaires. *Eval Health Pro*. 2005 Jun;28:212-32.

EuroQol Group. EuroQol: a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*. 1990 Dec;16:199-208.

Fargot-Largeault A. Reflexões sobre a Noção de Qualidade de Vida. *Rev Direito Sanit*. 2001 Jul;2(2):82-107.

Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs*. 1995 Sep;22:502-8.

Fette A. Influence of silicone on abnormal scarring. *Plast Surg Nurs*. 2006;26(2):87-92.

Fernandes PM, Sabino Neto, Veiga DF, Abla LEF, Mundim CDA, Juliano Y, Ferreira LM. *Acta Ortop Bras*. 2007;15(4):227-30.

Ferraz LB, Almeida FA, Vasconcellos MR, Faccina AS, Ciconelli RM, Ferraz MB. The impact of lupus erythematosus cutaneous on the Quality of Life: The Brazilian-Portuguese version of DLQI. *Qual Life Res.* 2006 Apr;15:565-70.

Ferraz MB, Oliveira LM, Araujo PM, Atra E, Tugwell P. Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *J Rheumatol.* 1990 Jun;17(6):813-7.

Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ.* 1992 Oct 31;305:1074-7.

Flávio J, Cristiano P. Centro Apologético Cristão de Pesquisas [Internet]. [acesso em 2007 Mar 2]. Disponível em: <http://www.cacp.org.br/nomesagrado-septuaginta.htm>

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(1):19-28.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública.* 2000 Apr;34(2):178-83.

Fraunholz IB, Gerstenhauer A, Böttcher HD. Results of Postoperative (90)Sr Radiotherapy of Keloids in View of Patients' Subjective Assessment. *Strahlenther Onkol.* 2005 Nov;11:724-9.

Freire M, Neto MS, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira Lm. Quality of life after reduction mammoplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2004;38(6):335-9.

Garrie SA, Garrie EV. Anxiety and skin diseases. *Cutis.* 1978 Aug;22(2);205-8.

Gilbody SM, House AO, Sheldon T. Routine administration of Health Related Quality of Life (HRQoL) and needs assessment instruments to improve psychological outcome – a systematic review. *Psychol Med.* 2002 Nov; 32;1345-56.

Gill TM, Feinstein AR. A Critical Appraisal of Quality of Life Measurements. *JAMA.* 1994 Aug 24-31;271(8):619-26.

Gilson BS, Gilson JS, Bergner M, Bobbit RA, Kressel S, Pollard WE, Vesselago M. The Sickness Impact Profile. Development of an outcome measure of health care. *Am J Public Health.* 1975 Dec;65:1304-10.

Ginsburg IH, Link BG. Feelings of Stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1989 Jan;20(1):53-63.

Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial Consequences of Rejection and Stigma Feelings in Psoriasis Patients. *Int J Dermatol.* 1993 Aug;32(8):587-91.

Girman CJ, Hartmaier S, Thiboutot D. Evaluating health-related quality of life in patients with facial acne: development of a self-administered questionnaire for clinical trials. *Qual Life Res.* 1996 Oct;5:481-90.

Gold MH. A controlled clinical trial of topical silicone gel sheeting in the treatment of hypertrophic scars and keloids. *J Am Acad Dermatol.* 1994 Mar;30(3):506-7.

Goodman G. Acne and acne scarring – the case for active and early intervention. *Aust Fam Physician.* 2006 Jul;35(7):503-4.

Grob JJ, Auquier P, Martin S, Lançon C, Bonerandi JJ. Development and Validation of a Quality of Life Measurement for Chronic Skin Disorders in French: VQ-Dermato. *Dermatology.* 1999;199:213-22.

Grob JJ, Revuz J, Ortonne JP, Auquier P, Lorette G. Comparative study of the impact of chronic urticaria, psoriasis and atopic dermatitis on the quality of life. *Br J Dermatol.* 2005 Feb;152(2):289-95.

Gucht V, Van Elderen T, Kamp LV, Oldridge N. Quality of life after myocardial infarction: Translation and validation of the MacNew Questionnaire for a Dutch population. *Qual Life Res.* 2004 Oct;13:1483-8.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-Cultural Adaptations of Health-Related Quality of Life Measures: Literatura Review and Proposed Guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993 Dec;46(12):1417-32.

Guirardello EB. Adaptação cultural e validação do instrumento Demandas de Atenção Dirigida. *Rev Esc Enferm USP.* 2005 Mar;39(1):77-84.

Gupta MA, Johnson AM, Gupta AK. The Development of an Acne Quality of Life Scale: Reliability, Validity, and Relation to Subjective Acne Severity in Mild to Moderate Acne Vulgaris. *Acta Derm Venereol.* 1998 Nov;78:451-6.

Gupta MA, Gupta AK. The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001 Nov;15(6):512-8.

Halioua B, Beumont M, Lunel F. Quality of life in dermatology. *Int J Dermatol.* 2000 Nov;39:801-6.

Harris DL, Carr AT. The Derriford Appearance Scale (DAS59): a new psychometric scale for the evaluation of patients with disfigurements and aesthetic problems of appearance. *Br J Plast Surg.* 2001 Apr;54:216-22.

Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res.* 1998 May;7:323-35.

Hilton A, Skrutkowski M. Translating Instruments Into Other Languages: Development and Testing Processes. *Cancer Nurs.* 2002 Feb;25(1):1-7.

Hochman B, Nahas FX, Sobral CS, Arias V, Locali RF, Juliano Y, Ferreira LM. Nerve fibres: a possible role in keloid pathogenesis. *Br J Dermatol.* 2008;158:651-2.

Hochman B, Vilas Boas FC, Mariano M, Ferreira LM. Keloid heterograft in the hamster (*Mesocricetus auratus*) cheek pouch. *Acta Cir Bras.* 2005 May-Jun;20(3):200-12.

Hull SM, Cunliffe WJ, Hughes BR. Treatment of the depressed and dysmorphic acne patient. *Clin Exp Dermatol*. 1991 May;16(3):210-1.

Hull PR, D'Arcy C. Acne, depression, and suicide. *Dermatol Clin*. 2005 Oct;23(4):665-74.

Humphreys F, Humphreys MS. Psychiatric morbidity and skin disease: what dermatologists think they see. *Br J Dermatol*. 1998 Oct;139(4):679-81.

Hunt SM, McEwen J. The development of a subjective health indicator. *Soc Health*. 1980 Nov;2:231-46.

Hyde ML. Reasonable Psychometric Standards for Self-Report Outcome Measure in Audiological Rehabilitation. *Ear Hear*. 2000 Aug;21(4):24S-36S.

Ikedioji NI, Tying SK. The cutaneous manifestations of Epstein-Barr virus infection. *Dermatol Clin*. 2002 Apr;20(2):193-208.

Jafferany M. Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(3):203-13.

Jones-Caballero M, Penas FF, Garcia-Diez A, Chren MM, Badia X. The Spanish version of Skindex-29. An instrument for measuring quality of life in patients with cutaneous diseases. *Med Clin (Barc)*. 2002 Jan 19;118(1):5-9.

Jones EG, Kay M. Instrumentation in Cross-Cultural Research. *Nurs Res.* 1992 May-Jun;41(3):186-8.

Jorge RTB, Sabino Neto M, Natour J, Veiga DF, Jones A, Ferreira LM .
Versão Brasileira do Body Dysmorphic Disorder. *São Paulo Med J.*
2008;126(2):87-95.

Jovanovic M, Duran V, Poljacki M, Misicpavkov G, Matovic L, Subotic M, Golub R. Modern psychosomatic aspects of dermatology. *Med Pregl.* 1994 Mar-Apr;47(3-4):105-10.

Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenall JF. The use of nitrogen mustard in the palliative treatment of cancer with particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer.* 1948;1:634-56.

Katsambas AD, Stefanaki C, Cunliffe WJ. Guidelines for treating acne. *Clin Dermatol.* 2004 Sep-Oct;22(5):439-44.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963 Sep 21;185:914-9.

Katz S. The science of quality of life. *J Chron Dis.* 1987;40(6):459-63.

Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol.* 2005;6(6):383-92.

Kirshner B, Guyatt GH. A methodological framework for assessing health indices. *J Chron Dis.* 1985;38:27-38.

Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Patients' health related quality of life before and after aesthetic surgery. *Br J Plast Surg*. 1996 Oct;49:433-8.

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;53:440-1.

Klumpar DI, Murray JC, Anscher M. Keloids treated with excision followed by radiation therapy. *J Am Acad Dermatol*. 1994 Aug;31(2):225-31.

Koblenzer CS. The emotional impact of chronic and disabling skin disease: a psychoanalytic perspective. *Dermatol Clin*. 2005 Oct;23(4):619-27.

Koo J, Lebwohl A. Psycho dermatology: The Mind and Skin Connection. *Am Fam Physician*. 2001 Dec 1;64(11):1873-8.

Krieger LM. Discount cosmetic surgery: industry trends and strategies for success. *Plast Reconstr Surg*. 2002 Jul;110(2):614-9.

Kreisner PE, de Oliveira MG, Weismann R. Cicatrização hipertrófica e quelóides: revisão de literatura e estratégias de tratamento. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2005 Jan-Mar;5(1):9-14.

La Scala CSK, Naspitz CK, Solé D. Adaptation and validation of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) in Brazilian asthmatic children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2005 Jan-Feb;81(1):54-60.

Lawrence JW, Fauerbach JA, Heinberg L, Doctor M. Visible vs Hidden Scars and Their Relation to Body Esteem. *J Burn Care Rehabil.* 2004 Jan-Feb;25(1):25-32.

Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features and quality of life. *Ann Rheum Dis.* 2005 Mar;64(Suppl 2):ii18-23.

Layton AM, Seukeran D, Cunliffe WJ. Scarred for life? *Dermatology.* 1997;195(suppl 1):15-21.

Lee DJ, van Dyke GS, Kim J. Update on pathogenesis and treatment of acne. *Curr Opin Pediatric.* 2003 Aug;15(4):405-10.

Luce EA. Outcome Studies and Practice Guidelines in Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1999 Sep;104(4):1187-90.

Magalhães CH, Pereira MD, Mauro PG, Veiga DF, Novo NF, Ferreira LM. Inactive Graves' ophthalmopathy and self-esteem. *Arq Bras Oftalmol.* 2008 Mar-Apr;71(2):215-20.

Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs.* 2004 Oct;48(2):175-86.

Manuskiatti W, Fitzpatrick RE, Goldman MP. Energy density and numbers of treatment affect response of keloidal and hypertrophic sternotomy scars to the 585-nm flashlamp-pumped pulsed-dye laser. *J Am Acad Dermatol.* 2001 Oct;45(4):557-65.

Manuskiatti W, Fitzpatrick RE. Treatment Response of Keloidal and Hypertrophic Sternotomy Scars : comparison among intralesional corticosteroid, 5-fluorouracil, and 585-nm flashlamp-pumped pulsed-dye laser treatments. *Arch Dermatol*. 2002 Sep;138:1149-55.

Martin D, Umraw N, Gomez M, Cartotto R. Changes in Subjective vs Objective Burn Scar Assessment Over Time: Does the Patient Agree With What We Think? *J Burn Care Rehabil*. 2003 Jul-Aug;24(4):239-44.

Masters M, McMahon M, Svens B. Reliability Testing of a New Scar Assessment Tool, Matching Assessment of Scars and Photographs (MAPS). *J Burn Care Rehabil*. 2005 May-Jun;26(3):273-84.

McKenna SP, Doward LC. The Translation and Cultural Adaptation of Patient-Reported Outcome Measures. *Value Health*. 2005 Mar-Apr;8(2):89-91.

Medeiros MMC, Ferraz MB, Quaresma MR, Menezes AP. Adaptação ao contexto cultural brasileiro e validação do “Caregiver Burden Scale”. *Rev Bras Reumatol*. 1998 Jul-Ago;38(4):193-9.

Mohla G, Horvath N, Stevens S. Quality of life improvement in a patient with severe atopic dermatitis treated with photopheresis. *J Am Acad Dermatol*. 1999 May;40(5 pt 1):780-2.

Moses N, Wiggers J, Nicholas C, Cockburn J. Development and psychometric analysis of the systemic lupus erythematosus needs questionnaire (SLENQ). *Qual Life Res*. 2006 Apr;16(3):461-6.

Motley RJ, Finlay AY. How much disability is caused by acne? *Clin Exp Dermatol.* 1989 May;14:194-8.

Motley RJ, Finlay AY. Practical use of a disability index in the routine management of acne. *Clin Exp Dermatol.* 1992 Jan;17:1-3.

Muir IFK. On the nature of keloid and hypertrophic scars. *Br J Plast Surg.* 1990 Jan;43:61-9.

Mukhtar K, Choi J, Koo JY. Quality of life issues in psoriasis. *Dermatol Clin.* 2004 Oct;22(4):389-95.

Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Self-esteem and depression in patients presenting angle class III malocclusion submitted for orthognathic surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008a Jan;13(1):e48-51.

Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Effects of orthognathic surgery for class III correction on quality of life as measured by SF-36. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008b Feb;37(2):131-4.

Niessen FB, Spauwen PHM, Schalkwijk J, Kon M. On the nature of hypertrophic scars and keloids: a review. *Plast Reconstr Surg.* 1999 Oct;104(5):1435-58.

Olabanji JK, Onayemi O, Olasode OA, Lawal OAR. Keloids: An old problem still searching for a solution. *Surg Pract.* 2005 Feb;9:2-7.

Oliveira BG, Melendez JGV, Ciconelli RM, Rincón LG, Torres AAS, Sousa LAP, Ribeiro AL. Versão em Português, Adaptação Transcultural e

Validação de Questionário para Avaliação da Qualidade de Vida para Pacientes Portadores de Marcapasso: AQUAREL. *Arq Bras Cardiol.* 2006 Aug;87(2):75-83.

Ongenaes K, Beelaert L, van Geel N, Naeyaert JM. Psychosocial effects of vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006 Jan;20(1):1-8.

Organização Mundial da Saúde. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Genebra: OMS, 1946. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

Orsi JV, Nahas FX, Gomes HC, de Andrade CH, Veiga DF, Novo NF, Ferreira LM. Impact of obesity on the functional capacity of women. *Rev Assoc Med Bras.* 2008 Mar-Apr;54(2):106-9.

Özgür F, Tuncali D, Gürsu KG. Life Satisfaction, Self-Esteem, and Body Image: A Psychosocial Evaluation of Aesthetic and Reconstructive Surgery Candidates. *Aesth Plast Surg.* 1998 Nov-Dec;22:412-9.

Öztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Turhan Sahun M. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *Int J Dermatol.* 2006 Nov;45(11):1300-7.

Panconesi E. Psychosomatic factors in dermatology. Special perspectives for application in clinical practice. *Dermatol Clin.* 2005 Oct;23(4):629-33.

Parkerson GR, Gelbach SH, Wagner EH, James SA, Clapp NE, Muhlbaier LH. The Duke and UNC Health Profile: an adult health status instrument for primary care. *Med Care*. 1981 Aug;19:806-28.

Patrick DL, Bush JW, Chen MM. Toward an operational definition of health. *Med Care*. 1973 Mar;14:6-21.

Patrick DL, Erickson P. What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Clin Nutr*. 1988;7:53-63.

Pereira GIN. Tradução e validação para a língua portuguesa dos instrumentos GERD-HRQL, HBQOL e GSAS específicos para avaliação de qualidade de vida na doença do refluxo gastroesofágico [Tese]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo; 2006. 170 p.

Phillips TJ, Gerstein AD, Lordan V. A Randomized Controlled Trial of Hydrocolloid Dressing in the Treatment of Hypertrophic Scars and Keloids. *Dermatol Surg*. 1996 Sep;22:775-8.

Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Puddu P, Pasquini P. Increased psychiatric morbidity in female outpatients with lesions on visible parts of the body. *Acta Derm Venereol*. 2001 Nov-Dec;81(6):410-4.

Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Mar;54(3):420-6.

Pigou AC. The Economics of Welfare. 4 ed. Londres: Macmillan and Co.; 1932. Disponível em:

<http://www.econlib.org/library/NPDBooks/Pigou/pgEW.html>

Pincus TP, Callahan LF, Brooks RH, Fuchs HA, Olsen NJ, Kaye JJ. Self-Report Questionnaire Scores in Rheumatoid Arthritis Compared with Traditional Physical, Radiographic, and Laboratory Measures. *Ann Intern Med.* 1989 Feb 15;110:259-66.

Placik OJ, Lewis VL. Immunologic associations of keloids. *Surg Gynecol Obstet.* 1992 Aug;175:185-93.

Pontes RMA, Miszputen SJ, Ferreira-Filho OF, Miranda C, Ferraz MB. Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de Doença Inflamatória Intestinal: Tradução para o português e validação do questionário “Inflammatory Bowel Disease Questionnaire” (IBDQ). *Arq Gastroenterol.* 2004 Apr-Jun;41(2):137-43.

Powers OS, Sarkar S, Goldgrof DB, Cruse CW, Tsap LV. Scar Assessment: Current Problems and Future Solutions. *J Burn Care Rehabil.* 1999 Jan-Feb;20(1):54-60.

Pruzinsky T. Who Chooses to Undergo Reconstructive Surgery? Empirically Confirming the Subjectivity and Social Basis of Body Image. *J Burn Care Rehabil.* 1997 Jul-Aug;18(4):372-4.

Rahban RS, Garner WL. Fiproproliferative scars. *Clin Plast Surg.* 2003 Jan;30:77-89.

Ramakrishnan KM, Thomas KP, Suandararajan CR. Study of 1.000 patients with keloids in south India. *Plast Reconstr Surg*. 1974 Mar;53(3):276-80.

Rankin M, Borah GL, Perry AW, Wey PD. Quality-of-Life Outcomes after Cosmetic Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 1998 Nov;102(6):2139-45.

Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):665-73.

Reis ALN. Principais características das cicatrizes quelóideanas. *An Bras Dermatol*. 1994 Nov-Dez;69(6):495-7.

Rhee JS, Matthews BA, Neuburg M, Burzynski M, Nattinger AB. Creation of a quality of life instrument for nonmelanoma skin cancer patients. *Laryngoscope*. 2005 Jul;115(7):1178-85.

Ribeiro VM. Alfabetismo funcional: Referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. *Educ Soc*. 1997 Dez;18(60):144-58.

Rockwell WB, Cohen K, Ehrlich P. Keloids and Hypertrophic Scars: A Comprehensive Review. *Plast Reconst Surg*. 1989 Nov;84(5):827-37.

Schmidd-Ott G, Jäger B, Kuensebeck HW, Ott R, Lamprecht F. Dimensions of Stigmatization in Patients with Psoriasis in a “Questionnaire on Experience with Skin Complaints”. *Dermatology*. 1996;193:304-10.

Schmidd-Ott G, Jäger B, Kuensebeck HW. Psychosocial influences on the illness experience of psoriasis patients. A study with the “Questionnaire on Experience with Skin Complaints (QES)”. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychther.* 1998;46:330-43.

Schmidt S, Bullinger M. Current Issues in Cross-Cultural Quality of Life Instrument Development. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 Apr;84(Suppl 2):S29-34.

Shakespeare V, Postle K. A qualitative study of patients' views on the effects of breast-reduction surgery: a 2-year follow-up survey. *Br J Plast Surg.* 1999 Apr;52:198-204.

Shigeki S, Murakami T, Yata N, Ikuta Y. Treatment of Keloid and Hypertrophic Scars by Iontophoretic Transdermal Delivery of Tranilast. *Scand J Plast Hand Surg.* 1997 Jun;31:151-8.

Shimoda S, de Camargo B, Horsman J, Furlong W, Lopes LF, Seber A, Barr RD. Translation and Cultural Adaptation Health Utilities Index (HUI) Mark 2 (HUI2) and Mark 3 (HUI3) with application to survivors of childhood cancer in Brazil. *Qual Life Res.* 2005 Jun;14(5):1407-12.

Silva JDT, Müller MC. Uma integração teórica entre psicossomática, *stress* e doenças crônicas da pele. *Estud Psicol. (Campinas).* 2007 Abr-Jun;24(2):247-56.

Sireci SG, Yang Y, Harter J, Ehrlich EJ. Evaluating Guidelines for Test Adaptations: A Methodological Analysis of Translation Quality. *J Cross Cult Psychol.* 2006;37:557-67.

Skevington SM. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from WHOQOL development. *Qual Life Res.* 2002 Mar;11:135-44.

Smeets L, Grandjean FX, Nickers P, Deleuze JP, Schmitz C, Heymans O. How I treat... fiproproliferatives scars. *Rev Med Liege.* 2006 Jan;61(1):11-15.

Smith GM, Tompkins DM, Bigelow ME, Antoon AY. Burn-induced cosmetic disfigurement: can it be measured reliability? *J Burn Care Rehabil.* 1988 Jul-Aug;9:371-5.

Sontheimer RD. Skin manifestations of systemic autoimmune connective tissue disease: diagnostics and therapeutics. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2004 Jun;8(3):429-62.

Sperber AD. Translation and Validation of Study Instruments for Cross-Cultural Research. *Gastroenterology.* 2004 Jan;126:S124-8.

Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepard R, Battista RN, Catchlove BR. A concise QL-Index for use by physicians. *J Chron Dis.* 1981;34:585-97.

Spitzer WO. State of Science 1986: Quality of Life and Functional Status as Target Variables for Research. *J Chronic Dis.* 1987;40(6):465-71.

Stangier U, Ehlers A, Gieler U. Measuring adjustment to chronic skin disorders: validation of a self-report measure. *Psychol Assess.* 2003 Dec;14(4):532-49.

Streiner DL. A Checklist for Evaluating the usefulness of Rating Scales. *Can J Psychiatry*. 1993 Mar;38(2):140-8.

Su CT, Parham LD. Generating a Valid Questionnaire Translation for Cross-Cultural Use. *Am J Occup Ther*. 2002 Sep-Oct;56:581-5.

Sullivan T, Smith J, Kernode J, McIver E, Courtemanche DJ. Rating the burn scar. *J Burn Care Rehabil*. 1990 May-Jun;11:256-60.

Swaine-Verdier A, Doward LC, Hagell P, Thorsen H, McKenna SP. Adapting Quality of Life Instruments. *Value Health*. 2004 Sep-Oct;7(Suppl1):S27-30.

Swenson JR. Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease and the Impact of Depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2004 Dec;6:438-45.

Swope VB, Supp AP, Boyce ST. Regulation of cutaneous pigmentation by titration of human melanocytes in cultured skin substitutes grafted to athymic mice. *Wound Repair Regen*. 2002 Nov-Dec;10(6):378-86.

Tann SS. Implications for Quality of Life Research in Latino Populations. *J Transcult Nurs*. 2005 Apr;16:136-41.

Teixeira-Salmela LF, Magalhães L de C, Souza AC, Lima M de C, Lima RC, Goulart F. Adaptation of the Nottingham Health Profile: a simple measure to assess quality of life. *Cad Saude Publica*. 2004 Jul-Aug;20(4):905-14.

The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Ment Health*. 1994;23:24-56.

The WHOQOL Group. Position Paper from The World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1403-9.

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-brief quality of life. *Psychol Med*. 1998 May;28(3):551-8.

Thomas DR. Psychosocial effects of acne. *J Cutan Med Surg*. 2004;8(Suppl 4):3-5.

Torrance GW. Utility approach to mensuring health-related quality of life. *J Chronic Dis*. 1987;40(6):593-603.

Tredjet EE, Nedelec B, Scott PG, Ghahary A. Hypertrophic Scars, Keloids and Contractures. *Surg Clin North America*. 1997 Jun;77(3):701-31.

VanZuijlen PPM, Angeles AP, Kreis RW, Bos KE, Middelkoop E. Scar Assessment Tools: Implications for Current Research. *Plast Reconstr Surg*. 2002 Mar;109(3):1108-22.

Vargas Laguna E, Pena Payero ML, Vargas Marquez A. Influence of anxiety in diverse cutaneous diseases. *Actas Dermosifiliogr*. 2006 Dec;97(10):637-43.

Veiga DF, Sabino Neto M, Garcia EB, Veiga Filho J, Novo NF, Rocha JL. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *Br J Plast Surg*. 2004 Apr;57(3):252-7.

Verdugo MA, Schalock RL, Keith KD, Stancliffe RJ. Quality of Life and its measurement: important principles and guidelines. *J Intellect Disabil Res*. 2005 Oct;49:707-16.

Wang WL, Lee HL, Fetzer S. Challenges and Strategies of Instrument Translation. *West J Nurs Res*. 2006 Apr;28:310-21.

Ware Jr. JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30:473-83.

Webster GF. Acne vulgaris and rosacea: evaluation and management. *Clin Cornerstone*. 2001;4(1):15-22.

Weeks A, Swerissen H, Belfrage J. Issues, Challenges, and Solutions in Translating Study Instruments. *Eval Rev*. 2007 Apr;31:153-65.

Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Lorenz-Verjee A, Erikson P. 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.

Wilson A. Nursing training essays [homepage na Internet]. England: John C Williamson; c1998-2005 [atualizada em 2005 Jun; acesso em 2007 Jan]. The roll & function of skin & temp control; Disponível em: <http://www.burgerman.info/www-nursing/the-role-function-skin-temperature.htm>

Wood-Dauphinee S. Assessing Quality of Life in Clinical Research: From Where Have We Come and Where Are We Going? *J Clin Epidemiol.* 1999 Apr;52(4):355-63.

Yeong EK, Mann R, Engrav LH, Goldberg M, Cain V, Costa B, Moore M, Nakamura D, Lee J. Improved Burn Scar Assessment with Use of a New Scar-Rating Scale. *J Burn Care Rehabil.* 1997 Jul-Aug;18(4):353-5.

Yu DF, Lee DT, Woo J. Issues and challenges of instrument translation. *West J Nurs Res.* 2004 Apr;26:307-20.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

DeCS Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. São Paulo: BIREME; [acesso em 2007 Jun 17]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>

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

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

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Writing and editing for biomedical publication [homepage na Internet]. Vancouver (CA); [atualizada em 2007 Oct; [acesso em 2007 Dec 17]. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

Orientação Normativa para Elaboração e Apresentação de Teses. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

ABSTRACT

Introduction: Keloids and Hypertrophic Scars are scarring disorders characterized by increase in collagen deposition. The present therapeutic modalities are unspecific because of the little knowledge on pathogenesis of the illness. The quality of life evaluation is necessary because these patients present physical, psychological and social repercussions. In Brazil, there are not studies on the quality of life of patients with keloids and hypertrophic scars. **Objective:** To translate into Brazilian Portuguese, to cross-culturally adapt and to verify the reliability of the *Questionnaire of Quality of Life for Patients with Keloid and Hypertrophic Scarring*. **Methods:** Initially, the questionnaire was translated into Portuguese and then back-translated into English. These translations were then discussed by health care workers in order to establish the final Brazilian version. To determine the cultural equivalence, 30 patients were interviewed. Any incomprehensible questions were modified and applied again to a new group of 15 patients. In the second stage, the reliability was assessed. For this, a new group of 58 patients was interviewed. **Results:** During the stages of translation and cross-cultural adaptation, 6 items were modified. In the reliability stage, the instrument presented intraclass coefficient correlation (ICC) of 0.783 and 0.917 for the physical and psychological domains, respectively. The internal consistency for the physical and psychological domains, respectively, in the first evaluation was of 0.767 and 0.866, and 0.845 and 0.850 in the second evaluation. **Conclusions:** The *Questionnaire of Quality of Life for Patients with Keloid and Hypertrophic Scarring* was successfully translated into Portuguese and adapted to the Brazilian culture. The instrument turned up to be reliable.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa traduzir, adaptar e validar o Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes Portadores de Quelóide e Cicatriz Hipertrófica.
2. Você responderá ao questionário, que é composto por 15 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, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a fisioterapeuta Fabianne Magalhães Pimentel Furtado, que poderá ser encontrada no endereço da “Casa da Cirurgia Plástica” ou pelo telefone (11) 9346-8365. 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: 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 causais comprovados), 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 “Tradução, Adaptação Cultural e Validação do Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes Portadores de Quelóide e Cicatriz Hipertrófica”.

Discuti com a fisioterapeuta Fabianne Furtado 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 confidencialidade 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 eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente

Data ___/___/___

Assinatura do responsável ou testemunha

Data ___/___/___

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

Fabianne Magalhães Pimentel Furtado

Data ___/___/___

APÊNDICE 2 – Questionário de Anamnese

Questionário de Anamnese

Dados Pessoais

Nome:-----

Idade:----- Gênero: () F () M Cor da pele: () Branca () Não Branca

Escolaridade: () Ensino Fundamental () 5º ano () 6º ano () 7º ano () 8ºano

- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo
- () Pós-graduado

Nacionalidade:-----Profissão:-----

Endereço:----- Bairro:-----

Cidade:----- Estado:-----

Telefone:----- Data da Avaliação:-----

Localização

	Anterior	Posterior	Anterior e Posterior
Cabeça			
Tronco			
Braço			
Antebraço			
Perna			
Coxa			

Causa

Intervenção Cirúrgica: () Sem infecção () Com infecção

Ferimento Acidental: () Sem infecção () Com infecção

Queimadura: () Sem infecção () Com infecção

() Acne

() Outros:-----

Duração (anos)

Tratamento Prévio

() Cirurgia

() Cirurgia + betaterapia

() Corticóide tópico

() Corticóide injetável

() Placa de silicone

() Pasta de zinco

() Zinco oral

() Outros:-----

() Nenhum

Histórica Patológica Progressiva (HPP)

APÊNDICE 3 – Características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes no Pré-teste 1 (Grupo A)

Tabela 3 – Características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes no Pré-teste 1 (Grupo A)

Características	Grupo A			
	A1	A2	A3	Total (%)
Gênero n (%)				
Masculino	2	4	6	12 (40)
Feminino	8	6	4	18 (60)
Raça n (%)				
Branca	9	5	5	19 (63,3)
Não branca	1	5	5	11 (36,7)
Escolaridade n (%)				
5ª à 8ª série	2	2	3	7 (23,3)
1ª à 3ª série do Ensino Médio	5	7	6	18 (60)
Ensino Superior	3	1	1	5 (16,7)
Idade em anos				
Média (variação)	35,8 (17-58)	28,7 (17-47)	23,4 (16-47)	29,3 (16-58)
DP	12,7	9,2	8,7	11,3
Mediana	33,5	27,5	22	26
Duração da doença em anos				
Média (variação)	1,4 (0,3-4)	9,5 (1-19)	2,1 (0,3-4)	4,3 (0,3-19)
DP	1,2	5,6	1,1	4,9
Mediana	1	10	1,75	2,5

DP= Desvio padrão

APÊNDICE 4 - Distribuição do Grupo A quanto à localização corporal da cicatriz, quanto ao tipo de tratamento e à associação de terapias conservadoras

Quadro 8 – Distribuição do Grupo A quanto à localização da cicatriz

Grupo	Localização Corporal												
	Cabeça			Tronco			Braço			Antebraço			Outros
	A	P	A e P	A	P	A e P	A	P	A e P	A	P	A e P	
A1	1	0	0	4	0	0	0	1	0	1	0	0	3
A2	0	0	0	5	0	4	0	0	0	0	0	0	1
A3	0	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

A= anterior; P= posterior; A e P= anterior e posterior

Quadro 9 – Distribuição do Grupo A quanto ao tipo de tratamento e à associação de terapias conservadoras

Grupos	Tipo de Tratamento				Associação de Terapias Conservadoras	
	Cirúrgico	Cirúrgico + Conservador	Conservador	Nenhum	SIM	NÃO
A1	0	0	5	5	0	5
A2	1	2	6	1	5	3
A3	2	3	2	3	2	3

APÊNDICE 5 – Características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes no Pré-teste 2 (Grupo B)

Tabela 4 – Características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes do Pré-teste 2 (Grupo B)

Características	Grupo B			
	B1	B2	B3	Total n(%)
Gênero n (%)				
Masculino	3	2	3	8 (53,3)
Feminino	2	3	2	7 (46,7)
Raça n (%)				
Branca	4	2	0	6 (40)
Não branca	1	3	5	9 (60)
Escolaridade n (%)				
5ª à 8ª série do Ensino Fundamental	0	2	0	2 (13,3)
1ª à 3ª série do Ensino Médio	2	2	5	9 (60)
Ensino Superior	3	1	0	4 (26,7)
Idade em anos				
Média (variação)	33 (18-44)	22,8 (16-29)	23 (18-29)	26,3 (16-44)
DP	10,6	4,8	4,5	8,3
Mediana	35	22	22	25
Duração da doença em anos				
Média (variação)	2,1 (0,4-4)	6,4 (2-18)	2,4 (0,7-6)	3,6 (0,4-18)
DP	1,3	6,7	2,2	4,3
Mediana	2	4	2	2

DP= Desvio Padrão

APÊNDICE 6 - Distribuição do Grupo B quanto à localização corporal da cicatriz, quanto ao tipo de tratamento e à associação de terapias conservadoras

Quadro 10 – Distribuição do Grupo B quanto à localização corporal da cicatriz

Grupo	Localização Corporal												
	Cabeça			Tronco			Braço			Antebraço			Outros
	A	P	A e P	A	P	A e P	A	P	A e P	A	P	A e P	
B1	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0
B2	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B3	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

A= anterior; P= posterior; A e P= anterior e posterior

Quadro 11 – Distribuição do Grupo B quanto ao tipo de tratamento e à associação de terapias conservadoras

Grupo	Tipo de Tratamento				Associação de Terapias Conservadoras	
	Cirúrgico	Cirúrgico + Conservador	Conservador	Nenhum	SIM	NÃO
B1	0	0	2	3	0	2
B2	0	0	4	1	1	3
B3	0	1	0	4	0	1

APÊNDICE 7 - Características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes na fase de confiabilidade (Grupo C)

Tabela 5 – Características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes na fase de confiabilidade (Grupo C)

Características	Grupo C			Total n(%)
	C1	C2	C3	
Gênero (n)				
Masculino	7	9	10	26 (36,6)
Feminino	14	15	16	45 (63,7)
Raça (n)				
Branca	8	6	7	21 (29,5)
Não branca	13	18	19	50 (70,5)
Escolaridade (n)				
5ª à 8ª série	6	8	4	18 (25,4)
1ª à 3ª série do Ensino Médio	9	13	20	42 (59,1)
Ensino Superior	6	3	2	11 (15,5)
Idade em anos				
Média (variação)	28,7 (17-58)	31,9 (16-67)	23,6 (15-46)	27,9 (15-67)
DP	10,9	12,4	7,8	10,9
Mediana	26	28	21,5	25
Duração da doença em anos				
Média (variação)	1,5 (0,3-6)	8,8 (0,7-40)	5,3 (0,3-38)	5,4 (0,3-40)
DP	1,4	8,6	9,2	8
Mediana	1	6,5	2	2

DP= Desvio Padrão

APÊNDICE 8 - Distribuição do Grupo C quanto à localização corporal da cicatriz, ao tipo de tratamento, à associação de terapias conservadoras e à causa

Quadro 12 – Distribuição do Grupo C quanto à localização corporal da cicatriz

Grupo	Localização Corporal												
	Cabeça			Tronco			Braço			Antebraço			Outros
	A	P	A e P	A	P	A e P	A	P	A e P	A	P	A e P	
C1	4	0	1	14	2	0	0	0	0	0	0	0	0
C2	1	1	0	16	0	2	1	2	0	0	0	0	1
C3	1	15	8	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0

A= anterior; P= posterior; A e P= anterior e posterior

Quadro 13 – Distribuição do Grupo C quanto ao tipo de tratamento e à associação de terapias conservadoras

Grupo	Tipo de Tratamento				Associação de Terapias Conservadoras	
	Cirúrgico	Cirúrgico + Conservador	Conservador	Nenhum	SIM	NÃO
C1	0	0	4	17	2	2
C2	2	7	8	7	7	8
C3	4	9	2	11	2	9

Quadro 14 – Distribuição do Grupo C quanto à causa

Grupo	Causa						
	Acne	Brinco	FACI	FASI	ICCI	ICSI	Outras
C1	0	2	1	2	4	10	2
C2	14	0	0	1	1	2	6
C3	0	19	0	2	0	1	4

FACI= ferimento acidental com infecção; FASI= ferimento acidental sem infecção; ICCI= intervenção cirúrgica com infecção; ICSI= intervenção cirúrgica sem infecção

APÊNDICE 9 - Características clínicas e sócio-demográficas de todos os pacientes, individualizados de acordo com o Grupo (1, 2 e 3)

Tabela 6 – Características clínicas e sócio-demográficas de todos os pacientes, individualizados de acordo com o Grupo (1, 2 e 3)

Características	Grupos			Total n (%)
	1	2	3	
Gênero (n)				
Masculino	12	15	19	46 (39,6)
Feminino	24	24	22	70 (60,4)
Raça (n)				
Branca	21	13	12	46 (39,6)
Não branca	15	26	29	70 (60,4)
Idade em anos				
Média (variação)	31,3 (17-58)	29,9 (16-67)	23,5 (15-47)	28,1 (15-67)
DP	11,5	11,2	7,6	10,7
Duração da doença em anos				
Média (variação)	1,6 (0,3-6)	8,6 (0,7-40)	4,2 (0,3-38)	4,9 (0,3-40)
DP	1,3	7,6	7,5	6,9

DP= Desvio Padrão

APÊNDICE 10 – Distribuição de todos os pacientes, individualizados de acordo com o Grupo (1, 2 e 3), quanto à localização corporal da cicatriz, ao tipo de tratamento e à associação de terapias conservadoras

Quadro 15 – Distribuição dos pacientes de acordo com o Grupo quanto à localização corporal da cicatriz

Grupo	Localização Corporal												
	Cabeça			Tronco			Braço			Antebraço			Outros
	A	P	A e P	A	P	A e P	A	P	A e P	A	P	A e P	
1	6	0	1	19	4	1	0	1	0	1	0	0	3
2	1	1	0	26	0	6	1	2	0	0	0	0	1
3	1	23	15	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0

A= anterior; P= posterior; A e P= anterior e posterior

Quadro 16 – Distribuição dos pacientes de acordo com o Grupo quanto ao tipo de tratamento e à associação de terapias conservadoras

Grupo	Tipo de Tratamento				Associação de Terapias Conservadoras	
	Cirúrgico	Cirúrgico + Conservador	Conservador	Nenhum	SIM	NÃO
1	0	0	11	25	2	9
2	3	9	18	9	13	14
3	4	13	4	18	4	13

APÊNDICE 11 - Medidas descritivas da variável tempo de preenchimento do questionário nos grupos A, B e C

Tabela 7 – Medidas descritivas da variável tempo de preenchimento do questionário nos grupos A, B e C

	Grupos		
	A	B	C
Média em minutos (variação)	6,4 (3-15)	5,2 (3-7)	5,5 (2-15)
DP	2,6	1,4	2,3
Mediana	5,5	5	5

DP= Desvio-Padrão

APÊNDICE 12 – Instruções para o preenchimento do questionário

⇒ Nessa página você encontrará um questionário com 15 itens com os quais você poderá descrever atitudes, comportamentos, pensamentos e sentimentos.

⇒ Para cada item, escolha a alternativa que melhor se aplica a você. As seis alternativas possíveis de respostas vão de “completamente falso” a “completamente verdadeiro”.

⇒ Sua situação pessoal nem sempre é descrita com total exatidão pelos itens e respostas apresentados, mas, de qualquer forma, você deve marcar com um “X” a resposta que melhor se encaixa a você.

⇒ Não há respostas certas ou erradas porque todas as pessoas são diferentes. Lembre-se de que suas respostas não têm que causar a melhor impressão.

⇒ Você deve descrever sua realidade de maneira mais precisa possível. Para cada item, marque a resposta que, atualmente, melhor se aplica a você.

Obrigada.

APÊNDICE 13 – Tradução 1

1. As mudanças de tempo afetam muito a minha cicatriz (dor, tensão).
2. Minha cicatriz restringe meus movimentos.
3. Consigo ignorar as reservas que os outros têm em relação a minha cicatriz.
4. A coceira causada pela cicatriz me incomoda com freqüência.
5. Às vezes não tenho vida sexual ativa devido à vergonha causada pela cicatriz.
6. Tenho dificuldade em agüentar a coceira causada pela minha cicatriz.
7. Faço todo o possível para impedir que até pessoas íntimas saibam que tenho uma cicatriz.
8. Não consigo parar de coçar minhas cicatrizes quando a coceira ocorre.
9. Não me sinto atraente ou sexualmente desejável quando penso em minhas cicatrizes
10. Acho difícil aceitar minha cicatriz.
11. Não vou à piscina ou à sauna porque outros podem sentir-se repugnados pela minha cicatriz.
12. Nunca me sinto envergonhado ou humilhado devido a minha cicatriz.
13. Uma pessoa teria menos autoconfiança se tivesse uma cicatriz semelhante a minha.
14. Incomoda-me ter que falar a respeito da minha cicatriz.
15. Já considerei o suicídio por causa de minha cicatriz.

(-5 = completamente incorreto, -3 = incorreto, -1 = até certo ponto correto, 1= quase correto, 3 =correto, 5 = completamente correto)

APÊNDICE 14 – Tradução 2

1. Mudanças climáticas afetam seriamente minhas cicatrizes (dor, sensação de tensão).
2. Minhas cicatrizes restringem meus movimentos.
3. Tenho êxito em não levar em consideração o comportamento reservado dos outros em relação as minhas cicatrizes.
4. A coceira em minhas cicatrizes me afeta freqüentemente.
5. Devido as minhas cicatrizes, às vezes tenho vergonha de ser sexualmente ativo (a).
6. Acho difícil lidar com a coceira em minhas cicatrizes.
7. Faço o possível para evitar que pessoas próximas a mim saibam que tenho cicatrizes.
8. Não consigo evitar coçar minhas cicatrizes.
9. Não me sinto fisicamente atraente ou sexualmente desejável quando penso em minhas cicatrizes.
10. Acho difícil aceitar minhas cicatrizes.
11. Não vou à piscina ou sauna porque outras pessoas podem sentir nojo de minhas cicatrizes.
12. Nunca me sinto envergonhado ou sem-graça por causa de minhas cicatrizes.
13. As pessoas que têm cicatrizes como eu são menos autoconfiantes.
14. Não me sinto bem quando me perguntam sobre minhas cicatrizes.
15. Já pensei em cometer suicídio por causa de minhas cicatrizes.

(-5 = totalmente falso, -3 = falso, -1 = parcialmente verdadeiro, 1 = bastante verdadeiro, 3 = verdadeiro, 5 = totalmente verdadeiro)

APÊNDICE 15 – 1ª Versão do Questionário

1. Mudanças do clima afetam muito minhas cicatrizes (dor, sensação de tensão).
2. Minhas cicatrizes restringem meus movimentos.
3. Consigo não levar em consideração o comportamento reservado dos outros em relação as minhas cicatrizes.
4. A coceira em minhas cicatrizes me incomoda freqüentemente.
5. Devido as minhas cicatrizes, às vezes tenho vergonha de ser sexualmente ativo.
6. Acho difícil lidar com a coceira em minhas cicatrizes.
7. Faço o possível para evitar que pessoas próximas a mim saibam que tenho cicatrizes.
8. Não consigo parar de coçar minhas cicatrizes quando a coceira ocorre.
9. Não me sinto fisicamente atraente ou sexualmente desejável quando penso em minhas cicatrizes.
10. Acho difícil aceitar minhas cicatrizes.
11. Não vou à piscina ou sauna porque outras pessoas podem sentir nojo de minhas cicatrizes.
12. Nunca me sinto embaraçado ou envergonhado por causa de minhas cicatrizes.
13. Pessoas com cicatrizes como as minhas têm menos autoconfiança.
14. Não me sinto bem quando me perguntam sobre minhas cicatrizes.
15. Já pensei em cometer suicídio por causa de minhas cicatrizes.

(-5 = completamente falso, -3 = falso -1 = até certo ponto verdadeiro, 1= quase verdadeiro, 3 =verdadeiro, 5 = completamente verdadeiro)

APÊNDICE 16 – Retro-tradução 1

1. Changes in climate affect many of my scars (pain and tightening sensation).
2. My scars restrict my movements.
3. I am able to ignored the reserved behavior of others in relation to my scars.
4. Itching in my scars make me uncomfortable frequently.
5. Due to my scars, and at times, I am embarrassed to be sexually active.
6. I find it difficult to get along when my scars are itchy.
7. I make sure that people near me do not know about my scars.
8. I am not able to stop scratching my scars when an itch occurs.
9. I do not feel physically attractive or sexually desirable when I think about my scars.
10. I find it difficult to accept my scars.
11. I do not go to the pool or sauna because other people can feel nauseated from my scars.
12. I never have felt embarrassed or shameful about my scars.
13. People with scars like mine have less self-confidence.
14. I do not feel well when people ask me about my scars.
15. I have thought before about committing suicide because of my scars.

(-5 = completely false, -3 =false, -1 = at a certain point true, 1=almost true, 3 =true, 5=completely true).

APÊNDICE 17 – Retro-tradução 2

1. Climate changes strongly affect my scars (pain, sensation of tension).
2. My scars restrict my movements.
3. I am able to not concern myself about the reserved behavior of others in relation to my scars.
4. Itching on my scars frequently bothers me.
5. I sometimes feel ashamed about being sexual active due to my scars.
6. I feel that it is difficult to deal with itching on my scars.
7. I do whatever I can to avoid letting people close to me know that I have scars.
8. I can't stop scratching my scars once the itching starts.
9. I don't feel physically attractive or sexually desirable when I think about my scars.
10. I feel that it is difficult to accept my scars.
11. I don't go to the swimming pool or sauna because others could feel nauseous about my scars.
12. I never feel embarrassed or ashamed about my scars.
13. People with scars like mine have less self-confidence.
14. I don't feel good when I'm asked about my scars.
15. I've thought about committing suicide because of my scars.

(-5 = completely false, -3 =false, -1 =true up to a point, 1=almost true, 3 =true, 5=completely true).

APÊNDICE 18 – 2ª Versão do Questionário

1. Mudanças do clima afetam muito minhas cicatrizes (dor, sensação de tensão).
2. Minhas cicatrizes restringem meus movimentos.
3. Consigo ignorar o comportamento reservado dos outros em relação as minhas cicatrizes.
4. A coceira em minhas cicatrizes me incomoda freqüentemente.
5. Devido as minhas cicatrizes, às vezes tenho vergonha de ser sexualmente ativo.
6. Acho difícil agüentar com a coceira em minhas cicatrizes.
7. Faço o possível para evitar que pessoas próximas a mim saibam que tenho cicatrizes.
8. Quando minhas cicatrizes coçam, não consigo ficar sem coçá-las.
9. Não me sinto fisicamente atraente ou sexualmente desejável quando penso em minhas cicatrizes.
10. Acho difícil aceitar minhas cicatrizes.
11. Não vou à piscina ou sauna porque outras pessoas podem sentir nojo de minhas cicatrizes.
12. Nunca me sinto embaraçado ou envergonhado por causa de minhas cicatrizes.
13. Pessoas com cicatrizes como as minhas têm menos autoconfiança.
14. Não me sinto bem quando me perguntam sobre minhas cicatrizes.
15. Já pensei em cometer suicídio por causa de minhas cicatrizes.

(-5 = completamente falso, -3 = falso -1 = até certo ponto verdadeiro, 1= quase verdadeiro, 3 =verdadeiro, 5 = completamente verdadeiro)

APÊNDICE 19 – Compreensão dos itens do questionário, por grupo, no pré-teste 1

Quadro 17 – Compreensão dos itens do questionário, por grupo, no pré-teste 1

Houve compreensão?	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Item 1	10	0	10	0	10	0
Item 2	10	0	10	0	10	0
Item 3	8	2	7	3	9	1
Item 4	10	0	10	0	10	0
Item 5	10	0	10	0	9	1
Item 6	10	0	10	0	10	0
Item 7	10	0	10	0	10	0
Item 8	10	0	10	0	10	0
Item 9	10	0	10	0	10	0
Item 10	10	0	10	0	10	0
Item 11	10	0	10	0	10	0
Item 12	10	0	10	0	9	1
Item 13	10	0	10	0	10	0
Item 14	10	0	10	0	10	0
Item 15	10	0	10	0	10	0

APÊNDICE 20 – 3ª Versão do Questionário

1. Mudanças do clima afetam muito minhas cicatrizes (dor, sensação de tensão).
2. Minhas cicatrizes restringem meus movimentos.
3. Consigo ignorar o jeito com que as pessoas me olham por causa das minhas cicatrizes.
4. A coceira em minhas cicatrizes me incomoda freqüentemente.
5. Devido as minhas cicatrizes, às vezes tenho vergonha de ser sexualmente ativo.
6. Acho difícil agüentar com a coceira em minhas cicatrizes.
7. Faço o possível para evitar que pessoas próximas a mim saibam que tenho cicatrizes.
8. Quando minha cicatriz coça, não consigo ficar sem coçá-la.
9. Não me sinto fisicamente atraente ou sexualmente desejável quando penso em minhas cicatrizes.
10. Acho difícil aceitar minhas cicatrizes.
11. Não vou à piscina ou à praia porque outras pessoas podem sentir nojo de minhas cicatrizes.
12. Nunca me sinto embaraçado ou envergonhado por causa das minhas cicatrizes.
13. Tenho menos auto-confiança por causa das minhas cicatrizes.
14. Não me sinto bem quando me perguntam sobre minhas cicatrizes.
15. Já pensei em cometer suicídio por causa de minhas cicatrizes.

(-5 = completamente falso, -3 = falso -1 = até certo ponto verdadeiro, 1= quase verdadeiro, 3 =verdadeiro, 5 = completamente verdadeiro)

APÊNDICE 21 – Compreensão dos itens do questionário, por grupo, no pré-teste 2

Quadro 18 – Compreensão dos itens do questionário, por grupo, no pré-teste 2

Houve compreensão?	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Item 1	5	0	5	0	5	0
Item 2	5	0	5	0	5	0
Item 3	5	0	5	0	5	0
Item 4	5	0	5	0	5	0
Item 5	5	0	5	0	5	0
Item 6	5	0	5	0	5	0
Item 7	5	0	5	0	5	0
Item 8	5	0	5	0	5	0
Item 9	5	0	5	0	5	0
Item 10	5	0	5	0	5	0
Item 11	5	0	5	0	5	0
Item 12	5	0	5	0	5	0
Item 13	5	0	5	0	5	0
Item 14	5	0	5	0	5	0
Item 15	5	0	5	0	5	0

APÊNDICE 22 – Medidas descritivas das escalas física e psicológica em cada avaliação, por grupo

Tabela 8 – Medidas descritivas das escalas física e psicológica em cada avaliação, por grupo

Grupo		Escala psicológica		Escala física	
		Avaliação 1	Avaliação 2	Avaliação 1	Avaliação 2
C1	Média	-0,81	-1,15	-0,30	-1,08
	Desvio-padrão	1,51	1,41	1,90	2,16
	Mínimo	-3,20	-3,88	-2,60	-3,40
	Máximo	1,44	1,44	3,80	3,80
C2	Média	0,70	0,31	1,10	0,40
	Desvio-padrão	2,32	2,37	2,02	2,08
	Mínimo	-3,22	-4,33	-3,00	-3,40
	Máximo	5,00	4,11	4,20	4,20
C3	Média	-0,39	-0,39	-0,48	-0,72
	Desvio-padrão	2,76	2,53	2,23	2,33
	Mínimo	-4,55	-4,33	-5,00	-4,60
	Máximo	4,33	4,55	3,00	3,00
Total	Média	-0,13	-0,36	0,11	-0,43
	Desvio-padrão	2,37	2,25	2,16	2,25
	Mínimo	-4,55	-4,33	-5,00	-4,60
	Máximo	5,00	4,55	4,20	4,20

APÊNDICE 23 – Frequência das respostas na 1ª avaliação

Tabela 9 – Frequência das respostas na 1ª avaliação

		Respostas					
		-5	-3	-1	1	3	5
Item 1	n	7	14	9	7	13	4
	%	13,0	25,9	16,7	13,0	24,1	7,4
Item 2	n	19	18	5	3	5	4
	%	35,2	33,3	9,3	5,6	9,3	7,4
Item 3	n	6	9	1	10	20	8
	%	11,1	16,7	1,9	18,5	37,0	14,8
Item 4	n	5	4	11	6	12	16
	%	9,3	7,4	20,4	11,1	22,2	29,6
Item 5	n	14	15	7	2	7	9
	%	25,9	27,8	13,0	3,7	13,0	16,7
Item 6	n	7	16	10	5	9	7
	%	13,0	29,6	18,5	9,3	16,7	13,0
Item 7	n	14	17	7	3	6	7
	%	25,9	31,5	13,0	5,6	11,1	13,0
Item 8	n	4	6	10	4	20	10
	%	7,4	11,1	18,5	7,4	37,0	18,5
Item 9	n	14	12	6	4	12	6
	%	25,9	22,2	11,1	7,4	22,2	11,1
Item 10	n	4	11	8	1	19	11
	%	7,4	20,4	14,8	1,9	35,2	20,4
Item 11	n	20	15	2	2	6	9
	%	37,0	27,8	3,7	3,7	11,1	16,7
Item 12	n	4	10	2	7	21	10
	%	7,4	18,5	3,7	13,0	38,9	18,5
Item 13	n	17	17	7	1	6	6
	%	31,5	31,5	13,0	1,9	11,1	11,1
Item 14	n	9	12	10	1	12	10
	%	16,7	22,2	18,5	1,9	22,2	18,5
Item 15	n	43	6	1	0	2	2
	%	79,6	11,1	1,9	0,0	3,7	3,7
Total	n	167	167	94	54	164	110
	%	22,1	22,1	12,4	7,1	21,7	14,6

APÊNDICE 24 – Frequência das respostas na 2ª avaliação

Tabela 10 – Frequência das respostas na 2ª avaliação

		Respostas					
		-5	-3	-1	1	3	5
Item 1	n	5	6	11	6	9	5
	%	11,9	14,3	26,2	14,3	21,4	11,9
Item 2	n	17	14	5	1	4	1
	%	40,5	33,3	11,9	2,4	9,5	2,4
Item 3	n	5	7	2	13	9	6
	%	11,9	16,7	4,8	31,0	21,4	14,3
Item 4	n	4	6	12	3	9	8
	%	9,5	14,3	28,6	7,1	21,4	19,0
Item 5	n	14	12	5	2	6	3
	%	33,3	28,6	11,9	4,8	14,3	7,1
Item 6	n	5	13	8	8	4	4
	%	11,9	31,0	19,0	19,0	9,5	9,5
Item 7	n	9	14	6	2	9	2
	%	21,4	33,3	14,3	4,8	21,4	4,8
Item 8	n	2	5	10	4	14	7
	%	4,8	11,9	23,8	9,5	33,3	16,7
Item 9	n	6	10	12	1	8	5
	%	14,3	23,8	28,6	2,4	19,0	11,9
Item 10	n	5	8	7	2	11	9
	%	11,9	19,0	16,7	4,8	26,2	21,4
Item 11	n	7	14	9	3	6	3
	%	16,7	33,3	21,4	7,1	14,3	7,1
Item 12	n	2	6	3	7	18	6
	%	4,8	14,3	7,1	16,7	42,9	14,3
Item 13	n	9	16	3	1	9	4
	%	21,4	38,1	7,1	2,4	21,4	9,5
Item 14	n	6	13	5	2	11	5
	%	14,3	31,0	11,9	4,8	26,2	11,9
Item 15	n	32	6	1	0	2	1
	%	76,2	14,3	2,4	0,0	4,8	2,4
Total	n	121	136	90	52	123	66
	%	20,6	23,1	15,3	8,8	20,9	11,2

APÊNDICE 25 – Valores individuais para as escalas física e psicológica, em cada avaliação

Quadro 19 – Pontuação individual para as escalas física e psicológica, em cada avaliação

Indivíduo	Grupo	Escala psicológica Avaliação 1	Escala física Avaliação 1	Escala psicológica Avaliação 2	Escala física Avaliação 2
8	1	1,44	3,80	1,44	3,80
12	1	1,00	3,00	0,77	3,80
25	1	-3,00	1,40	-2,33	0,60
26	1	-1,88	-2,20	-2,11	-1,40
32	1	1,44	-0,60	0,33	-3,00
33	1	-1,44	-0,60	-2,11	-1,80
40	1	-2,11	-1,00	-2,33	-1,40
43	1	-0,77	-1,40	-1,00	-1,40
45	1	-0,77	-1,80	0,11	-1,80
48	1	0,33	-2,60	-0,11	-2,20
52	1	-1,00	-0,60	-1,66	-3,40
62	1	-3,20	-1,80	-3,88	-1,40
64	1	-1,44	-2,20	-1,60	-3,00
65	1	0,22	1,40	-1,22	-1,00
68	1	0,55	-0,60	-0,33	-3,00
71	1	-2,33	1,00	-2,33	-0,60
4	2	3,88	-0,20	1,88	0,20
6	2	-1,88	-1,00	-2,77	-1,00
7	2	0,11	1,40	-1,44	-1,80
9	2	1,44	-1,40	0,77	-2,60
10	2	-2,11	0,60	-3,40	0,60
11	2	-1,88	-0,60	-2,11	-0,60
15	2	-0,77	3,00	-1,00	2,60
19	2	1,88	3,80	1,22	2,60
20	2	5,00	4,20	4,11	-2,20
34	2	2,33	2,60	2,11	1,40
29	2	2,77	2,60	3,44	4,20
36	2	-3,22	-3,00	-4,33	-2,20
37	2	0,55	2,60	1,22	0,60
41	2	3,22	1,40	2,55	0,60
46	2	1,00	2,60	1,88	1,80
49	2	-2,33	1,40	0,77	2,60
54	2	0,33	0,60	0,77	0,60
59	2	3,22	-2,60	1,44	-3,40
66	2	-1,00	2,20	-2,55	1,80
69	2	1,44	1,80	1,66	2,20

2	3	-1,66	-3,00	-1,66	-2,20
5	3	-1,22	-3,40	-1,00	-3,00
14	3	-0,77	0,20	-0,11	0,20
16	3	-3,66	-0,60	-3,44	-0,60
18	3	-1,00	1,40	-0,77	-1,40
21	3	3,00	-1,00	3,00	-1,00
22	3	-2,55	-1,80	-2,55	-2,20
23	3	1,66	2,20	0,55	2,60
28	3	-2,77	-2,20	-1,44	-3,00
31	3	-4,55	-3,40	-4,33	-4,60
35	3	-4,55	-5,00	-3,44	-4,20
38	3	1,55	0,80	1,22	1,40
39	3	-1,22	-1,40	-1,44	-1,80
42	3	-2,77	-1,80	-3,88	-4,20
44	3	3,00	3,00	3,00	3,00
47	3	3,66	1,80	1,22	2,20
50	3	0,55	-1,00	-0,11	-1,00
51	3	3,88	3,00	4,33	1,80
56	3	4,33	1,40	4,55	2,60
57	3	-2,77	0,20	-2,11	0,20
58	3	0,33	-1,80	-0,33	-0,60
60	3	-1,00	1,80	0,11	0,20

APÊNDICE 26 – Medidas descritivas das escalas física e psicológica, de acordo com a resposta dada ao item 15, na 1ª avaliação

Tabela 11 – Medidas descritivas das escalas física e psicológica de acordo com a resposta dada ao item 15, na 1ª avaliação

Item 15		Escala psicológica	Escala física
-5	Média	-0,58	-0,23
	Desvio-padrão	2,36	2,23
	Mínimo	-4,55	-5,00
	Máximo	3,88	3,80
-3	Média	0,85	0,87
	Desvio-padrão	1,40	2,41
	Mínimo	-1,00	-2,60
	Máximo	3,00	3,80
-1	Média	5,00	4,20
	Desvio-padrão		
	Mínimo	5,00	4,20
	Máximo	5,00	4,20
3	Média	-0,17	0,10
	Desvio-padrão	2,43	0,99
	Mínimo	-1,88	-0,60
	Máximo	1,55	0,80
5	Média	2,33	2,20
	Desvio-padrão	1,88	0,57
	Mínimo	1,00	1,80
	Máximo	3,66	2,60
Total	Média	-0,13	0,13
	Desvio-padrão	2,40	2,27
	Mínimo	-4,55	-5,00
	Máximo	5,00	4,20

APÊNDICE 27 – Medidas descritivas das escalas física e psicológica, segundo a resposta dada ao item 15, na segunda avaliação

Tabela 12 - Medidas descritivas das escalas física e psicológica, de acordo com a resposta dada ao item 15, na 2ª avaliação

Item 15		Escala psicológica	Escala física
-5	Média	-0,97	-0,85
	Desvio-padrão	1,96	2,35
	Mínimo	-4,33	-4,60
	Máximo	3,00	3,80
-3	Média	0,71	0,40
	Desvio-padrão	3,21	2,58
	Mínimo	-3,44	-2,20
	Máximo	4,11	4,20
-1	Média	1,88	0,20
	Desvio-padrão		
	Mínimo	1,88	0,20
	Máximo	1,88	0,20
3	Média	1,55	1,60
	Desvio-padrão	0,47	0,28
	Mínimo	1,22	1,40
	Máximo	1,88	1,80
5	Média	1,22	2,20
	Desvio-padrão		
	Mínimo	1,22	2,20
	Máximo	1,22	2,20
Total	Média	-0,48	-0,44
	Desvio-padrão	2,24	2,37
	Mínimo	-4,33	-4,60
	Máximo	4,11	4,20

		Nível descritivo
1ª avaliação	Escala psicológica	0,056
	Escala física	0,168
2ª avaliação	Escala psicológica	0,160
	Escala física	0,357

ANEXOS

ANEXO 1 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 26 de maio de 2006
CEP 0591/06

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) FABIANNE MAGALHÃES PIMENTEL FURTADO

Co-Investigadores: Bernardo Hochman (orientador), Gal Moreira Dini

Disciplina/Departamento: Cirurgia Plástica/Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "Qualidade de vida nos portadores de quelóide e cicatriz hipertrófica: tradução para o português do Brasil, adaptação cultural e confiabilidade de um instrumento".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo observacional - questionário.

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

OBJETIVOS: Traduzir, adaptar e validar o questionário de avaliação de qualidade de vida para pacientes com quelóide e cicatriz hipertrófica para língua portuguesa, do Brasil.

RESUMO: O questionário de qualidade de vida para pacientes portadores de quelóide e cicatriz hipertrófica é auto aplicável, composto por 15 itens divididos em 2 escalas. A primeira avalia os prejuízos psicológicos. A segunda avalia os prejuízos físicos, como prurido e dor. Há ainda uma pergunta acerca da intenção de cometer suicídio. Serão selecionados 30 indivíduos com idades entre 18 e 65 anos, sendo 15 portadores de cicatrizes classificadas como de curta evolução e 15 portadores de cicatrizes de longa evolução. Os pacientes serão oriundos do ambulatório Casa da Cirurgia Plástica da UNIFESP. Após a aplicação da 1ª versão nos pacientes selecionados, a comissão multidisciplinar modificará as questões consideradas de difícil entendimento, constituindo a 2ª versão. Esta 2ª versão será aplicada em outros 30 pacientes. A avaliação da equivalência cultural será considerada completa quando um grupo de 10 pacientes, 5 de cada grupo, compreenderem corretamente o sentido das questões, não sendo mais necessárias quaisquer modificações. A reprodutibilidade teste/re-teste da versão final em português, será determinada pela aplicação em outros 30 indivíduos com as mesmas características dos outros participantes. A validade será testada por meio da comparação do instrumento em questão com outros instrumentos que medem qualidade de vida.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudo visando traduzir, adaptar e validar um questionário de qualidade de vida para pacientes com quelóide e cicatriz hipertrófica.

MATERIAL E MÉTODO: Estudo sem procedimento invasivo, descrevendo o processo de elaboração do questionário.

TCLE: Adequado.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: sem financiamento externo - R\$ 220,00.



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

CRONOGRAMA: 18 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 26/5/2007 e 25/5/2008.

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

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

Atenciosamente,

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

ANEXO 2 – Autorização do autor principal do questionário original



Vårdcentralen Hälsan 2
Fabriksgatan 17
551 85 Jönköping
036-32 58 00

May, 2006.

I, Oliver Bock, author of the Questionnaire of Quality of Life for Patients with Keloid and Hypertrophic Scarring, authorize Dr.^a Fabianne Magalhães Pimentel Furtado to translate, to adapt and to validate it to the Portuguese language of Brazil and to be applied later for the Brazilian population for scientific purposes.

A handwritten signature in blue ink is written over a horizontal dashed line. The signature is cursive and appears to be 'Oliver Bock'. Below the signature, the word 'Signature' is printed in a standard font.

Signature

ANEXO 3 - Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg

Dini, Gal Moreira. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2001.

Resumo

Os autores tiveram como objetivos: Traduzir para a língua portuguesa, adaptar ao contexto cultural brasileiro e validar a escala de auto-estima de Rosenberg para uma população de pacientes que irão submeter-se à cirurgia plástica. **CONCLUSÃO:** A versão para a língua portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg/UNIFESP-EPM apresentou bons índices de reprodutibilidade e validade no nosso meio, podendo ser usada como instrumento para medir a auto-estima de pacientes brasileiros que irão submeter-se à cirurgia plástica.

Palavras-chave:

AUTO-IMAGEM; QUALIDADE DE VIDA; QUESTIONARIOS; TESTES PSICOLOGICOS; CIRURGIA PLASTICA

Publicação:

Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. Rev Soc Bras Cir Plást. 2004;19(1):41-52.

ANEXO 4 - Qualidade de vida e auto-estima em pacientes submetidos à mastoplastia de aumento

Abla, Luiz Eduardo Felipe. **Tese de Doutorado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo: 2002.

Resumo:

No período de janeiro de 2001 a março de 2002, 40 pacientes com hipomastia, entre 18 e 50 anos, sem qualquer procedimento cirúrgico prévio nas mamas, foram selecionadas consecutivamente, segundo lista de espera. Foram realizadas avaliações na fase pré-operatória e após dois e quatro meses da cirurgia. Para avaliar as alterações da mastoplastia de aumento na qualidade de vida das pacientes, utilizamos o questionário "The Medical Outcomes Study 36-item ShortForm Health Survey" (SF-36), instrumento de avaliação de saúde genérico, composto por 36 itens que compreendem a qualidade de vida em oito dimensões, e a Escala de Auto-Estima Rosenberg/UNIFESP-EPM, instrumento específico de avaliação de qualidade de vida, formado por 10 questões abrangendo um único domínio, a auto-estima. Para o SF-36, cada dimensão foi analisada individualmente e apresentou um escore que variou de zero a 100, sendo zero o pior estado de saúde e 100 o melhor. Para a escala de auto-estima, apenas um valor era obtido e que variou de zero a 30, sendo zero o melhor estado de auto-estima e 30 o pior. A análise descritiva para os dados sócios demográficos utilizou medidas resumo como média, desvio padrão e proporção. A análise inferencial foi realizada através da análise de variâncias com medidas repetidas (ANOVA), sendo complementado pelo método de Bonferroni. Foi empregado o coeficiente de correlação linear de Pearson. A média de idade foi de 29,1 anos (20 a 43 anos), sendo 62,5 por cento abaixo dos 30 anos. Todas as pacientes eram eutróficas com nível de escolaridade médio (47,5 por cento) e superior (52,5 por cento), 75 por cento brancas e 65 por cento solteiras. O volume médio das próteses de gel de silicone foi 213,3ml, e o volume médio das drenagens após 72 horas de aspiração contínua foi 200,1 ml. Não houve complicações. A cirurgia para aumento das mamas acarreta alterações positivas tanto na esfera física, quanto psicológica e social das pacientes. Tivemos alterações positivas significantes em cinco dos oito aspectos avaliados pelo SF-36, e o escore médio da escala de auto-estima passou de 7,65 no pré-operatório para 3,90 no quarto mês pós-operatório. Em nosso estudo o SF-36 e a Escala de Auto-Estima Rosenberg mostraram-se válidos para avaliar o estado de saúde das pacientes com hipomastia e detectar mudanças positivas na qualidade de vida destas mesmas pacientes após a mastoplastia de aumento.

Palavras-chave:

MAMA; IMPLANTES DE MAMA; QUALIDADE DE VIDA; AUTO-IMAGEM; CIRURGIA PLASTICA.

Publicação:

Artigo em Avaliação pela revista

ANEXO 5 - Impacto da mastoplastia redutora na qualidade de vida das pacientes com hipertrofia mamária

Freire, Marcia Aparecida Martins da Silva. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2002.

Resumo:

No período de maio de 1999 a fevereiro de 2001, 44 pacientes com hipertrofia mamária, entre 16 e 60 anos, sem qualquer procedimento cirúrgico prévio nas mamas, foram selecionadas consecutivamente, segundo lista de espera. Foram realizadas avaliações na fase pré-operatória e após três e seis meses da cirurgia. Para avaliar as alterações da mastoplastia redutora na qualidade de vida das pacientes, utilizamos o questionário "*The Medical Outcomes Study 36-item ShortForm Health Survey*" (SF-36), instrumento de avaliação de saúde genérico, composto por 36 itens que compreendem a qualidade de vida em oito dimensões. Cada dimensão foi analisada individualmente e apresentou um escore que variou de zero a 100, sendo zero o pior estado de saúde e 100 o melhor. A análise descritiva para os dados sócio demográficos utilizou medidas resumo como média, desvio padrão e proporção. A análise inferencial foi realizada através da análise de Variâncias (ANOVA) e coeficiente de correlação linear de Pearson. A média de idade foi de 33 anos (16 a 59 anos). A média do índice de massa corpórea foi de 2d.8Kg/m". O peso médio ressecado para cada paciente foi de 1.008,27 gramas (4008 a 4.120g). Obtivemos após seis meses um índice de 35 por cento de complicações; 15 por cento das pacientes solicitaram cirurgia corretiva após seis meses. O índice de satisfação com o procedimento foi de 97,5 por cento. O peso ressecado das mamas mostrou ter uma relação linear (negativa) sugestiva com o escore de dor das pacientes: quanto maior o peso ressecado, menor o escore de dor. A cirurgia para redução das mamas acarreta alterações positivas tanto na esfera física, quanto psicológica e social das pacientes. Em nosso estudo o SF-36 mostrou-se válido para avaliar a qualidade de vida das pacientes com hipertrofia mamária e detectar mudanças na qualidade de vida das pacientes com hipertrofia mamária após o procedimento cirúrgico. Demonstrou alterações positivas significantes em sete dos oito aspectos aliados.

Palavras-chave:

MAMA; MAMOPLASTIA; QUALIDADE DE VIDA; CIRURGIA PLASTICA; QUESTIONARIOS

Publicação:

Freire M, Neto MS, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Quality of life after reduction mammoplasty. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2004;38(6):335-9.

ANEXO 6 - Qualidade de vida em pacientes submetidos à reconstrução mamária tardia com o retalho musculocutâneo transverso do reto abdominal

Veiga, Daniela Francescato. **Tese de Doutorado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2002.

Resumo:

Objetivo: Avaliar o impacto da reconstrução mamária tardia com o retalho musculocutâneo transverso do reto abdominal na qualidade de vida de 25 pacientes mastectomizadas, e a satisfação geral delas com o resultado. Métodos: Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36, aplicado no pré e pós-operatório de três, seis e doze meses. A satisfação das pacientes foi avaliada através de uma versão adaptada da subescala de satisfação geral de Alderman et al., aplicada após o primeiro ano pós-operatório. Resultados: O impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida das pacientes foi positivo em todos os domínios do SF-36. Houve diferença estatisticamente significativa, em relação ao pré, nos domínios "aspecto emocional" e "saúde mental", no 3º mês pós-operatório, e "estado geral de saúde", no 6º mês. No 12º mês pós-operatório houve melhora significativa de todos os outros domínios, exceto "vitalidade" que, embora também tenha apresentado melhora, esta não chegou a ser estatisticamente significativa. Na subescala de satisfação geral com o resultado, todas as pacientes demonstraram satisfação em todos os itens. Conclusões: a reconstrução mamária tardia com o retalho musculocutâneo transverso do reto abdominal promove um impacto positivo na qualidade de vida das pacientes, e o grau de satisfação geral delas com o resultado é elevado.

Palavras-chave:

MAMA; PROCEDIMENTOS CIRURGICOS RECONSTRUTIVOS; RETALHOS CIRURGICOS; QUALIDADE DE VIDA; SATISFACAO DO PACIENTE.

Publicação:

Veiga DF, Sabino Neto M, Garcia EB, Veiga Filho J, Novo NF, Rocha JL. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. Br J Plast Surg. 2004 Apr;57(3):252-7.

ANEXO 7 - Qualidade de vida em pacientes portadores de melanoma cutâneo submetidos a biópsia de linfonodo sentinela

Coto, Selma de Jesus Dias. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2003.

Resumo:

Durante as últimas décadas, a percepção do paciente em relação à sua doença bem como monitoração da qualidade de vida têm sido amplamente valorizadas pelos profissionais e pesquisadores da área saúde. A biópsia de linfonodo sentinela trouxe um grande avanço na abordagem dos pacientes portadores de melanoma localizado. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores de melanoma cutâneo submetidos a biópsia de linfonodo sentinela. Para tanto, participaram 26 pacientes portadores de melanoma cutâneo com proposta de realizar a biópsia de linfonodo sentinela, com idade variando de 35 a 83 anos, atendidos no Ambulatório do Setor de Tumores da Disciplina de Cirurgia Plástica da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. O instrumento utilizado foi o questionário *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, cuja versão para o português foi desenvolvida e validada, após um processo de tradução e adaptação cultural. O questionário foi aplicado por meio de entrevista, em três períodos: a.) por ocasião do esclarecimento do diagnóstico e explicação sobre a biópsia de linfonodo sentinela; b.) por ocasião do recebimento do resultado do exame histopatológico do linfonodo sentinela, cerca de dois meses após a biópsia de linfonodo sentinela; c.) seis meses após a biópsia de linfonodo sentinela. Para análise dos dados sócio-demográficos e das dimensões que constituem o SF-36, foi utilizada a análise descritiva com medidas-resumo e, para estudar como se comportaram os aspectos avaliados da qualidade de vida nos períodos em estudo foi aplicada a análise de variância em blocos, completada pelo método de Bonferroni. Os resultados demonstraram alterações positivas significantes nas dimensões aspectos físicos, dor e saúde mental. A análise dos dados não demonstrou impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes submetidos a biópsia de linfonodo sentinela. Novos estudos com casuística maior permitirão conclusões mais precisas.

Palavras-chave:

QUALIDADE DE VIDA; MELANOMA; BIOPSIA DE LINFONODO SENTINELA; CIRURGIA

ANEXO 8 - Qualidade de vida e auto-estima em pacientes submetidos à ritidoplastia

Alves, Marcos Chaves de Arruda. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2004.

Resumo:

No período de Setembro de 2002 a Dezembro de 2003, trinta e duas pacientes brancas, com ritidose facial, entre 46 e 68 anos, sem qualquer procedimento cirúrgico facial prévio, foram selecionadas consecutivamente, segundo lista de espera. Foram realizadas avaliações na fase pré-operatória e após dois e seis meses da cirurgia. Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário "*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*" (SF-36), instrumento de avaliação de saúde genérico, composto por 36 itens que compreendem a qualidade de vida em oito dimensões, e para avaliação da auto-estima foi utilizada Escala de Auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM, instrumento específico de avaliação de qualidade de vida, formado por 10 questões abrangendo um único domínio, a auto-estima. Para o SF-36, cada dimensão foi analisada individualmente e apresentou um escore que variou de zero a 100, sendo zero o pior estado de saúde e 100 o melhor. Para a escala de auto-estima, apenas um valor era obtido e que variou de zero a 30, sendo zero o melhor estado de auto-estima e 30 o pior. A análise inferencial foi realizada através da Análise de Variância em Blocos, sendo complementada pelo método de Bonferroni. A ritidoplastia promove alterações positivas tanto na esfera física, quanto psicológica e social das pacientes. Alterações positivas significantes foram obtidas em quatro dos oito aspectos avaliados pelo SF-36, e o escore médio da escala de auto-estima passou de 6,62 no pré-operatório para 2,13 no sexto mês pós-operatório. No presente estudo, o SF-36 e a Escala de Auto-estima Rosenberg UNIFESP-EPM mostraram-se válidos para avaliar o estado de saúde das pacientes com ritidose facial e detectar mudanças positivas na qualidade de vida destas mesmas pacientes após a ritidoplastia.

Palavras-chave:

RITIDOPLASTIA; QUALIDADE DE VIDA; AUTO-IMAGEM; CIRURGIA PLÁSTICA.

Publicação:

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 515-6.

ANEXO 9 - Qualidade de vida e auto-estima no tratamento cirúrgico da ginecomastia

Davanço, Ricardo Augusto Santana. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2004.

Resumo:

A ginecomastia incide em até 60 por cento dos adolescentes, causando dor e transtornos na auto-imagem do paciente, levando a problemas de ordem emocional e física (COLOMBO-BENKMAN, 1999), que podem ser revertidos com o tratamento. Este trabalho avaliou o tratamento cirúrgico da ginecomastia e sua interferência, na, qualidade de vida e auto-estima) do paciente. Casuística: Foram incluídos 33 pacientes de 18 a 50 anos, com ginecomastia de 2 a 21 anos de evolução, de etiologia puberal na maioria 90,1 por cento). Método: Foi feita adenectomia conforme a classificação de Letterman & Schuster (1969). Os dados do pré e 90° pós-operatório (PO) foram avaliados. Os pacientes responderam no pré e PO de seis meses às versões brasileiras dos questionários de Rosenberg para auto-estima e "Short-Form 36" para qualidade de vida. Resultados: Houve melhora estatisticamente significativa para os domínios Estado Geral de Saúde, Capacidade Funcional, Aspectos Sociais, Vitalidade e Saúde Mental. Conclusão: O emprego dos questionários de Rosenberg-EPM e Short-Form 36 permitiu demonstrar que o tratamento cirúrgico da ginecomastia promoveu mudanças positivas na qualidade de vida e na auto-estima dos pacientes.

Palavras-chave:

GINECOMASTIA; QUALIDADE DE VIDA; AUTO-IMAGEM

ANEXO 10 - Validade de construção e sensibilidade da escala de auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM em lipoaspiração

Dini, Gal Moreira. **Tese de Doutorado em Cirurgia Plástica** -Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2004.

Resumo:

Introdução: Sentimentos conscientes e inconscientes sobre o corpo possuem uma importante força psicológica. A cirurgia plástica pode alterar a aparência de seus pacientes e, deste modo, alterar não só o contorno corporal como a auto-imagem e auto-estima. Com a evolução das ciências ligadas à área da saúde, surgem cada vez mais opções de tratamentos. Nos últimos anos, questionários de medida de qualidade de vida vêm sendo largamente utilizados numa escala mundial, incluindo estudos internacionais multicêntricos. A escala de Rosenberg é um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos da América para avaliar um aspecto da qualidade de vida, que é a auto-estima. Esse aspecto, por estar associado à auto-imagem, parece ser uma medida interessante para avaliar resultado em cirurgia plástica. Para compararmos dados obtidos em estudos semelhantes realizados em populações cultural e lingüisticamente distintas, é necessária a padronização dos processos de tradução, adaptação cultural e o teste de suas propriedades de medida (validade, reprodutibilidade e sensibilidade). Esse rigor metodológico assegura a uniformidade dos dados obtidos. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo testar a validade de construção e a sensibilidade "responsividade" da Escala de auto-estima Rosenberg UNIFESP/EPM em pacientes submetidos à lipoaspiração. **Material e Métodos:** Foram operados 54 pacientes de ambos os sexos, com idade média de 28 anos. Estes apresentavam aumento do tecido adiposo no abdome [paciente tipo I (Pitanguy 2000)], associado ou não a depósitos localizados em outras regiões e manifestaram desejo da melhora estética do contorno corporal. Foram aplicados 3 questionários de avaliação de qualidade de vida (Rosenberg - UNIFESP-EPM, Short Form-36, SRQ-20) antes e 6 meses após o procedimento cirúrgico. **Resultados:** Verifica-se que a lipoaspiração melhorou as médias das seguintes dimensões do questionário genérico de qualidade de vida Short Form-36: Aspectos emocionais. Aspectos sociais, Saúde mental, Vitalidade, Capacidade funcional, Aspectos físicos e Estado geral de saúde. Houve diminuição das médias para os instrumentos: Escala de Auto-estima Rosenberg - UNIFESP-EPM e SRQ-20. Sendo estas escalas inversas, apontou-se a melhora na qualidade de vida destes pacientes. A regressão demonstrou que 73,2 por cento da variabilidade da Escala de auto-estima foi explicada pelas dimensões: SRQ-20 e Saúde Mental. **Conclusão:** A escala de auto-estima de Rosenberg/ UNIFESP-EPM apresentou validade de construção e bons índices de sensibilidade "responsividade" em nosso meio.

Palavras-chave:

QUALIDADE DE VIDA; QUESTIONÁRIOS; TESTES PSICOLÓGICOS; AUTO-IMAGEM; CIRURGIA PLÁSTICA.

ANEXO 11 - Impacto da mastoplastia redutora na auto-estima de pacientes com hipertrofia mamária

Soares, Maria Fernanda Demattê. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2004.

Resumo:

INTRODUÇÃO: Há um crescente interesse em se considerar aspectos sociais e emocionais como fatores relevantes na avaliação de resultados de um tratamento médico. Nos últimos anos, questionários de medida de qualidade de vida relacionados à saúde vêm sendo largamente utilizados inclusive em estudos internacionais multicêntricos. Por meio de instrumentos de avaliação específicos para determinado aspecto (ex: auto-estima) podemos analisar possíveis alterações após o tratamento médico obtidas do ponto de vista do próprio paciente. Mulheres com hipertrofia mamária podem ter baixa auto-estima e a mastoplastia redutora parece melhorar esse aspecto. A escala de auto-estima de Rosenberg é um instrumento específico de avaliação da auto-estima, um dos aspectos da qualidade de vida. Devido a sua associação com a auto-imagem, essa escala parece ser um interessante instrumento de medida de avaliação dos pacientes submetidos à cirurgia plástica. **OBJETIVO:** Avaliar o impacto da mastoplastia redutora na auto-estima de pacientes com hipertrofia mamária. **MÉTODO:** 100 pacientes com hipertrofia mamária bilateral, idades variando entre 17 e 55 anos, sem procedimento cirúrgico prévio nas mamas, foram selecionadas do ambulatório de cirurgia plástica do Hospital São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Após a seleção, as pacientes foram separadas aleatoriamente em dois diferentes grupos, A e B, com 50 pacientes cada. As pacientes do grupo A foram submetidas à mastoplastia redutora e as pacientes do grupo B (controle) aguardaram o procedimento cirúrgico em fila de espera. O questionário específico de qualidade de vida (escala de auto-estima de Rosenberg/UNIFESP-EPM) foi aplicado aos dois grupos (A e B) nos três momentos de avaliação: pré-operatório ou pré-avaliação (FASE 1), pós-operatório ou pós-avaliação de três meses (FASE 2) e de seis meses (FASE 3), pelo mesmo entrevistador. **RESULTADOS:** 46 pacientes tanto do grupo A (operadas) quanto do grupo B (controle) concluíram o estudo. O índice de massa corpórea do grupo A foi de 25,43 kg/m² (21,4 - 29,9) e do grupo B foi de 25,69 kg/m² (20,0 - 29,9); o peso total médio de tecido mamário ressecado das pacientes do grupo A foi de 1052 gramas. Houve uma diminuição das médias da escala de auto-estima de Rosenberg/UNIFESP - EPM nas pacientes do grupo A quando comparadas as fases 1 e 2 ($p < 0,001$) e as fases 1 e 3 ($p < 0,001$) refletindo um aumento na auto-estima dessas pacientes operadas. Para as pacientes do grupo B houve manutenção das médias nos três instantes de avaliação ($p > 0,999$) mostrando não ter ocorrido alteração na auto-estima do grupo controle. **CONCLUSÃO:** A mastoplastia redutora promoveu impacto positivo na auto-estima de pacientes com hipertrofia mamária.

Palavras-chave:

MAMA; AUTO-IMAGEM; QUALIDADE DE VIDA; QUESTIONÁRIOS; CIRURGIA PLÁSTICA

Publicação:

Artigo aceito pela revista *Aesthetic Surgery Journal*. Aguardando publicação.

ANEXO 12 - Short-Form-36 e *Caregiver Burden Scale* em cuidadores primários de paraplégicos

Blanes, Leila. **Tese de Doutorado em Cirurgia Plástica** -Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2005.

Resumo:

o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos cuidadores primários de paraplégicos. Foram incluídos 60 paraplégicos por causa traumática e seus cuidadores primários. O instrumento de coleta de dados constava de dados demográficos e clínicos. A qualidade de vida foi medida por meio do questionário genérico *Medical Outcomes Survey 36-itens Short-Form Health Survey* (SF-36). A sobrecarga dos cuidadores foi avaliada com o *Caregiver Burden Scale*, cujos valores variam de 1 a 4 e quanto maior o resultado, maior a sobrecarga. Dos 60 cuidadores, a maioria era do sexo feminino (81,7 por cento), com média de idade igual a 35,8 (DP=12,91) anos, sendo que 26,6 por cento eram esposas e 23,4 por cento irmãs. Os cuidadores dispensam, em média, 11,3 horas por dia no cuidado ao paraplégico. Vinte e três cuidadores (38,3 por cento) possuíam alguma doença crônica e 53,3 por cento assumiam sozinhos o cuidado ao paraplégico. As dimensões do SF-36 mais afetadas foram os aspectos físicos, dor, vitalidade e aspectos emocionais. A presença de doença no cuidador apresentou associação estatística significativa com baixos escores na dimensão capacidade funcional ($p=0,001$), dor ($p=0,003$), estado geral de saúde ($p=0,004$), vitalidade ($p=0,007$) e saúde mental ($p=0,024$), utilizando o teste t de Student. O escore médio global do *Caregiver Burden Scale* foi 1,71 e os escores de cada dimensão variou de 1,39 (envolvimento emocional) a 2,44 (ambiente). Os resultados encontrados permitiram verificar que os cuidadores primários de paraplégicos apresentaram impacto negativo na qualidade de vida em todas as dimensões do SF-36 e do *Caregiver Burden Scale*, sendo as mais comprometidas, os aspectos emocionais, aspectos físicos, dor e vitalidade.

Palavras-chave:

CUIDADORES; QUALIDADE DE VIDA; CARGA DE TRABALHO; PARAPLEGIA.

Publicação:

Blanes L, Carmagnani ML, Ferreira LM. Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia. *Spinal Cord*. 2007 Jun;45(6):399-403.

ANEXO 13 - Escala de auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM, *Self-Report Questionnaire-20* e *Short-Form-36* em pacientes classe III submetidos à cirurgia ortognática

Nicodemo, Denise. **Tese de Doutorado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2005.

Resumo:

Objetivo: avaliar auto-estima, depressão e qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia ortognática. **Métodos:** a avaliação foi realizada com 29 pacientes, de ambos os sexos, com idade entre 17 e 46 anos, apresentando maloclusão Classe III de Angle com indicação de tratamento cirúrgico, nos períodos pré-operatório (durante o preparo ortodôntico) e pós-operatório (transcorridos seis meses da cirurgia). Foram realizadas cirurgias do tipo isolada e maxi-lomandibular. Utilizou-se três instrumentos de medida padronizados e validados em nosso meio: Escala de Auto-estima ROSENBERG /UNIFESP-EPM, *Self-Report Questionnaire-20* (SRQ-20) e o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36). A análise estatística descritiva e inferencial (Análise de Variância com Medidas Repetidas e teste de Bonferroni) permitiu a verificação de possíveis in-terações entre os períodos, sexos e tipos de cirurgia. O nível de significância adotado foi 5 por cento. **Resultados:** o sexo feminino melhorou em auto-estima apresentando valores médios menores depois da cirurgia (8,9 para 6,3). Quanto à depressão, ocorreu diminuição significativa do número de sintomas depressivos (p-valor 0,002), para pacientes do sexo feminino. Dos domínios avaliados pelo SF -36, verificou-se interação entre os períodos pré e pós-operatórios para os aspectos físicos (p-valor 0,006) e sociais (0,002), com valores médios maiores depois da cirurgia, independente do sexo e tipo de cirurgia. Quanto aos aspectos emocionais, a interação foi entre período e sexo (p-valor 0,019), com valores médios maiores apenas para o sexo feminino, depois da cirurgia. **Conclusões:** os pacientes do sexo feminino melhoraram a auto-estima e diminuíram o número de sintomas depressivos, devido à intervenção cirúrgica; a cirurgia ortognática provocou impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes pela melhora dos aspectos físicos, sociais e emocionais.

Palavras-chave:

CIRURGIA PLÁSTICA; QUALIDADE DE VIDA; SAÚDE BUCAL; IMPACTO PSICOSSOCIAL

Publicações:

Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Self-esteem and depression patients presenting angle class III malocclusion submitted for orthognathic surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Jan;13(1):E48-51.

Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Effect of orthognathic surgery for class III correction on quality of life as measured by SF-36. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2008 Feb;37(2):131-4.

ANEXO 14 - SF-36 e questionário de Rosenberg/ UNIFESP-EPM na assimetria mamária

Silva, Ana Lúcia Alves Lemos da. **Tese de Doutorado em Cirurgia Plástica** -
Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2005.

Resumo:

Objetivo: Avaliar o impacto do tratamento cirúrgico da assimetria mamária na qualidade de vida e auto-estima de 35 pacientes. **Métodos:** Foi aplicado o questionário genérico de qualidade de vida "The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey" (SF-36), composto por 36 itens que compreendem a qualidade de vida em 8 dimensões (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental), e o questionário específico, Escala de Auto-Estima Rosenberg/UNIFESP-EPM, composto por 10 questões, abrangendo somente a auto-estima. Ambos foram aplicados no pré-operatório e aos 3 e 6 meses pós-operatório. **Resultados:** Foi utilizada a análise de variância com medidas repetidas de Friedman e o teste de comparações múltiplas de Turkey, e observou-se alterações positivas estatisticamente significantes em quatro dos oito aspectos avaliados pelo SF-36, e na auto-estima. Houve diferença significativa em relação ao pré-operatório, nos "aspectos emocionais" e auto-estima, no 3º mês pós-operatório e na "dor", "vitalidade" e "saúde mental", no 6º mês. As dimensões restantes do SF-36 não apresentaram significância estatística, apesar da melhora na média dos escores. **Conclusões:** O tratamento cirúrgico da assimetria mamária promove um impacto positivo na auto-estima e nas dimensões: aspectos emocionais, dor, vitalidade e saúde mental da qualidade de vida.

Palavras-chave:

MAMA; QUALIDADE DE VIDA; AUTO-IMAGEM; QUESTIONÁRIOS

Publicação:

Artigo aceito pela revista *Aesthetic Surgery Journal*. Aguardando publicação.

ANEXO 15 - *Short Form-36* em trabalhadores de uma instituição de ensino superior

Andrade, Viviane Vianna de. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo /Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional . São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: Avaliação de qualidade de vida por meio de instrumentos tem estimulado mudanças de paradigma que se tomam universais. Cada sociedade tem suas próprias características que podem ser avaliadas pelo questionário SF-36, sendo os resultados uma referência útil para comparações, avaliações e ações em saúde no âmbito público e privado. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de funcionários de uma instituição universitária. **Métodos:** Estudo transversal, observacional e descritivo que envolveu amostra de 582 trabalhadores selecionados aleatoriamente por sorteio. O SF-36 foi administrado de maneira auto-aplicável junto com um protocolo de dados sócio-demográficos. **Resultados:** As mulheres apresentaram valores significativamente menores nos domínios do SF-36, exceto Aspecto Físico; em Capacidade Funcional apresentaram pontuação menor em magnitude da idade e maior em escolaridade média seguida da superior e fundamental. Os homens mais velhos e com escolaridade menor apresentaram melhor Vitalidade e Capacidade Funcional. Os tabagistas apresentaram menores escores em todos os domínios sendo significativo para os homens a Capacidade Funcional e os Aspectos Físicos, e entre as mulheres, Dor, Estado Geral de Saúde, Aspectos Sociais e Saúde Mental. Todos os domínios do SF-36 apresentaram maiores escores para os que praticavam atividade física, sendo significativo para mulheres a Capacidade Funcional, Dor, Estado Geral de Saúde, e para homens, Capacidade Funcional e Vitalidade. Trabalhadores do hospital-escola apresentaram pior Qualidade de Vida em comparação com os de outros setores. Os valores obtidos de todos os indivíduos nos domínios do SF-36 são semelhantes aos da população geral brasileira e superiores se comparados à população de doentes. **Conclusões:** Os funcionários que apresentaram pior qualidade de vida foram as mulheres, os tabagistas e os que trabalham no hospital-escola. Os funcionários que praticavam atividade física apresentaram melhores níveis de qualidade de vida.

Palavras-chave:

QUALIDADE DE VIDA; QUESTIONÁRIOS; TRABALHADORES.

ANEXO 16 - Escala de auto-estima de Rosenberg/UN IFESP-EPM, *Standford health Assessment Questionnaire 20*, e *Numerical Rating Scale* em pacientes com hipertrofia mamária

Araújo, Carlos Delano Mundim. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica**- Universidade Federal de São Paulo. escola Paulista de Medicina/Universidade do Vale de Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: A mama e suas alterações têm sido cada vez mais estudadas. Dentre estas, a hipertrofia mamária tem posição de destaque pela frequência e influência na coluna vertebral. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi investigar a auto-estima, capacidade funcional e dor na coluna vertebral em pacientes com hipertrofia mamária. **Métodos:** Realizou-se estudo primário, analítico e transversal, em pacientes do Hospital Universitário Samuel Libânio, Pouso Alegre - MG. Foram examinadas 50 pacientes com hipertrofia mamária (grupo estudo) e 50 com mamas de tamanhos normais (grupo controle) com idade variando entre 18 e 59 anos. As mamas foram medidas utilizando-se o critério de Sacchini e a classificação de Franco & Rebello. Para avaliar a auto-estima, foi utilizada a escala de auto-estima Rosenberg/UNIFESP-PM. Para avaliar a capacidade funcional, foi utilizado o questionário **STANFORD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE 20 (HAQ-20)**. A escala *Numerical rating scale (NRS)* foi utilizada para avaliar a presença e intensidade da dor nos segmentos cervical, dorsal e lombar da coluna vertebral. **Resultados:** Os escores encontrados na escala de auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM e no HAQ-20 foram mais elevados no grupo estudo. Os valores da escala NRS foram maiores no grupo estudo para todos os segmentos da coluna vertebral com escore mais elevado no segmento dorsal. **Conclusão:** Pacientes portadoras de hipertrofia mamária apresentaram menor auto-estima, menor capacidade funcional e mais dor em coluna vertebral, em especial o segmento dorsal.

Palavras-chave:

MAMA; QUESTIONÁRIOS; DOR; MAMOPLASTIA; DOR NAS COSTAS

Publicação:

Araujo CDM, Gomes HC, Veiga DF, Hochman B, Fernandes PM, Novo NF, Ferreira LM. Influência da hipertrofia mamária na capacidade funcional das mulheres. Rev Bras Reumatol. 2007;47(2):91- 6.

ANEXO 17 - *Short-Form 36* em pacientes submetidas à mastectomia por doença maligna da mama

Archangelo, Silvania de Cássia Vieira. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica**-
Universidade Federal de São Paulo /Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado
Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006

Resumo:

Introdução: O câncer de mama é a neoplasia ginecológica que mais causa mortes na mulher e sua incidência no Brasil, assim como nos países desenvolvidos está aumentando. Apesar dos recentes avanços no diagnóstico e tratamento da doença, a mastectomia ainda é indicada em uma parcela substancial das pacientes. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidas à mastectomia por doença maligna da mama. **Métodos:** Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida, o SF-36, aplicado através de entrevista em 116 pacientes submetidas à mastectomia há pelo um ano e em 40 mulheres não portadoras de câncer de mama. **Resultados:** Foi observado diferença significativa nos domínios "capacidade funcional", "aspectos físicos", "vitalidade", "aspectos sociais" e "aspecto emocional", assim como nos componentes físico e mental. Quando se relacionou a qualidade de vida com a idade da paciente evidenciou-se diferença significativa nos domínios "capacidade funcional" e "estado geral de saúde" e, quanto ao tempo decorrido da cirurgia, observou-se diferença significativa nos domínios "aspectos físicos" e "vitalidade" Não foi observado nesta casuística maior impacto da mastectomia nas mulheres jovens. **Conclusão:** A mastectomia piora a qualidade de vida da mulher, nos componente físico e mental.

Palavras-chave:

NEOPLASIAS MAMÁRIAS; MASTECTOMIA; QUALIDADE DE VIDA; QUESTIONÁRIOS

Publicação:

Artigo aceito pela Revista Brasileira de Mastologia. Aguardando publicação.

ANEXO 18 - *Body Shape Questionnaire* (BSQ) em universitários do sul de Minas Gerais

Braga, Ana Cláudia Rapôso. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo/Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: A preocupação com a aparência física é um fato na sociedade e se torna tão preponderante que muitas vezes leva às pessoas a desenvolverem problemas que afetam sua saúde. Profissionais desta área devem conhecer as insatisfações que a população apresenta em relação ao seu corpo para que possam oferecer procedimentos adequados para elevar a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a presença de transtornos da imagem corporal em uma população universitária. Métodos - Estudo transversal e descritivo em universitários de ambos os sexos matriculados na Universidade do Vale do Sapucaí, durante o ano de 2005, através da aplicação da versão brasileira do *Body Shape Questionnaire* (BSQ), além da coleta de dados demográficos e antropométricos referidos. **Resultados:** A amostra contou com 524 universitários, sendo que 65,6 por cento eram do gênero feminino e 28,2 por cento do masculino. A idade média foi de 22,3 anos e a mediana de 23,7 anos. ($p \leq 0,001$). Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre o peso atual referido e o peso desejado ($p \leq 0,001$). Em relação ao índice de massa corporal referido (IMC) observou-se que 61,1 por cento dos entrevistados informou ter peso normal ($20 \leq \text{IMC} < 25$); 21,2 por cento sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} < 30$); 12,8 por cento baixo peso ($\text{IMC} < 20$) e 5,2 por cento obesidade ($\text{IMC} \geq 30$). Ao avaliar distúrbios de imagem corporal obteve-se que 84,5 por cento não apresentavam transtornos de imagem corporal, 9,5 por cento têm distúrbios leves, 4,5 por cento moderados e 1,5 por cento graves. Entre as mulheres, 19,8 por cento apresentavam algum tipo de distúrbio da imagem corporal, enquanto que entre os homens a proporção foi de 4,1 por cento ($p \leq 0,001$). A Razão de Prevalências foi então de 4,9 com um intervalo de confiança de 95 por cento = 2,16 < RP < 10,98. Verificou-se que as mulheres obesas ($p \leq 0,001$) e as de sobrepeso sobrepeso ($p \leq 0,001$) têm a prevalência de distúrbios de imagem corporal maior que as demais. O *Body Shape Questionnaire* e o questionário de dados demográficos e antropométricos aplicados a uma população universitária, demonstrou que as mulheres com sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} < 30$) e as obesas ($\text{IMC} \geq 30$) têm uma maior probabilidade de apresentar insatisfação com a imagem corporal do que a população masculina.

Palavras-chave:

IMAGEM CORPORAL; QUESTIONÁRIOS; ÍNDICE DE MASSA CORPORAL.

Publicação:

Artigo em avaliação pela revista *Ciência & Saúde Coletiva*

ANEXO 19 - Short-Form-36 e *Caregiver Burden Scale* em cuidadores não formais de pessoas com úlcera por pressão em Pouso Alegre e Itajubá, MG

Caproni, José de Oliveira. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. /Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Estudo, descritivo e transversal, teve por objetivo avaliar a qualidade de vida em saúde, por meio dos questionários SF-36 e *CB scale*, de cuidadores não formais de pessoas com úlcera por pressão, residentes em duas cidades sul-mineiras. A casuística foi constituída de 30 cuidadores não formais, de ambos os gêneros. A amostragem foi do tipo não probabilístico, intencional ou racional. Para a coleta de dados foram utilizados instrumentos de avaliação: Características Biossociais; Questionário de qualidade de vida em saúde do cuidador, o *Caregiver Burden Scale*; e Questionário *Short Form - 36*. Dos 30 cuidadores, 80 por cento eram do gênero feminino; a média de idade foi de 42,1 anos. Do ponto de vista do grau de parentesco, 60 por cento (n=30) eram parentes da pessoa sob cuidados. Grande parte dos cuidadores 46,7 por cento possuíam ensino fundamental incompleto e 73,3 por cento (n=30), eram católicos. Com relação à renda mensal, os cuidadores não recebiam aporte financeiro pela realização das suas atividades. A maioria 73,3 por cento dos cuidadores não dedicavam tempo integral ao cuidado. A média de tempo dedicado ao cuidado foi 3,8 anos. Os domínios do SF - 36 mais comprometidos foram vitalidade (61,67) e aspectos físicos (65,83). O escore médio global do questionário o *Caregiver Burden Scale*, foi de (1,91) e o escore de cada domínio variou de (1,4) envolvimento emocional, a (2,2) ambiente. Os resultados permitiram constatar que os cuidadores não formais de pessoas com úlcera por pressão apresentam comprometimento na qualidade de vida, relacionado com os domínios tensão geral e ambiente, no *Caregiver Burden Scale* e no SF - 36, as dimensões mais afetadas foram vitalidade e aspectos físicos.

Palavras-chave:

QUALIDADE DE VIDA; ÚLCERA DE PRESSÃO; CUIDADORES.

ANEXO 20 - *Short-form 36* e escala de auto-estima de Rosenberg/UNIFESP-EPM em pacientes com carcinomas da pele da face do pescoço

Carvalho, Marcelo Prado de. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo / Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: A ocorrência de carcinomas de pele nas populações de pele clara já se tomou assunto de grande importância para a saúde pública em vários países, sendo que, em tese, as seqüelas geradas por esses tumores na face e no pescoço dos indivíduos poderiam alterar sua qualidade de vida (QV). **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e a auto-estima de pacientes portadores de carcinomas de pele da face e do pescoço. **Métodos:** Foram estudados 100 pacientes, com idades entre 30 e 90 anos (mediana = 55 anos). O Grupo Estudo foi composto por 50 pacientes portadores de carcinomas de pele na face e no pescoço, com diagnóstico confirmado por biópsia prévia. O Grupo Controle consistiu de 50 indivíduos da população geral. Para avaliação da qualidade de vida utilizou-se o questionário *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) e para a auto-estima, utilizou-se a Escala de Auto-estima de Rosenberg/UNIFESP-EPM. Para os dados sócio-demográficos utilizou-se a análise descritiva e o teste do qui-quadrado e para os escores o teste de Mann-Whitney e a Análise de Variância de Kruskal Wallis. **Resultados:** Houve alterações da qualidade de vida na dimensão Aspecto Físico e na faixa etária: 55 anos em quatro domínios. Analisando os gêneros, as mulheres apresentaram piora na QV em cinco dimensões. Os pacientes portadores de carcinomas de pele apresentaram pior Auto-estima em relação ao grupo sem câncer. **Conclusões:** Houve piora da QV e da auto-estima em pacientes com carcinomas de pele da face e do pescoço.

Palavras-chave:

CARCINOMA BASOCELULAR; CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS; NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO; QUALIDADE DE VIDA; AUTO-IMAGEM.

Publicação:

Carvalho MP, Oliveira Filho RS, Gomes HC, Veiga DF, Juliano Y, Ferreira LM. Auto-estima em pacientes com carcinomas de pele. *Rev Col Bras Cir.* 2007 Nov-Dez;34(6):361-6.

ANEXO 21 - Escala de auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM em funcionários da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí em Pouso Alegre-MG

Carvalho, Maria Inês Bustamante de. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo /Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006

Resumo:

Introdução: A percepção da qualidade de vida é individual e diretamente associada ao contexto sócio-cultural onde o indivíduo está inserido. O auto-conceito e a auto-estima, bases da representação que o indivíduo tem de si, envolvem o bem estar individual e social. O conceito de auto-estima tem sido estudado e considerado um importante indicador de saúde mental. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar a auto-estima de funcionários da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí em Pouso Alegre MG. **Métodos:** Estudo analítico transversal com 582 funcionários, homens e mulheres, maiores de 18 anos, sorteados por tabela de números aleatórios gerada pelo programa Eptable. Foi respondido um protocolo de dados demográficos e em seguida, a escala de auto-estima de Rosenberg UNIFESP-EPM foi aplicada para avaliar a auto-estima. Os testes de Mann Whitney e o teste Kruskal-Wallis foram utilizados na análise estatística. **Resultados:** Dos 582 sujeitos estudados, o maior escore de auto-estima foi 21, sendo que 98 sujeitos (16,8 por cento) obtiveram escore zero e 90 por cento da população estudada teve escores menores que 10. A média de escores do Rosenberg foi de 5,07, com um intervalo de confiança (95 por cento) = 4,72 - 5,42; a mediana ficou em 4,0. Foi encontrada significância estatística relacionando auto-estima e gênero ($p = 0,0113$) o maior escore para homens foi de 13 e para mulheres foi 21. **Conclusão:** O nível de auto-estima encontrado na população estudada foi alto (90 por cento dos escores menores que 10), e a auto-estima dos homens foi significativamente mais elevada que das mulheres ($p = 0,0123$).

Palavras-chave:

AUTO-IMAGEM; QUALIDADE DE VIDA; TRABALHADORES; SAÚDE MENTAL.

ANEXO 22 - *Short form -36*, escala de auto-estima Rosemberg/UNIFESP-EPM e *Health Assessment Questionnaire-20* em pacientes com úlcera venosa crônica em membros inferiores

Faria, Elaine Cristina. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo/Universidade de Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: As úlceras de perna apresentam relevante prevalência. Objetivo: Investigar a qualidade de vida, auto-estima e capacidade funcional em pacientes com úlcera de perna. **Métodos:** Grupo de Estudo (GE) 80 pacientes portadores de úlcera venosa crônica (UV) e Grupo Controle (GC) 80 pacientes sem úlcera. Utilizou-se o *Short Form-36*, escala de auto-estima Rosenberg IUNIFESP-EPM, e o *Stanford Health Assessment Questionnaire* HAQ-20 e um questionário sócio-demográfico, todos preenchidos por meio de entrevista. Das 160 pessoas que participaram do estudo, 48,12 por cento tinham idade entre 46 e 65 anos e uma idade média de 64 anos; 73,12 por cento eram do gênero feminino, 78,12 por cento de etnia branca, 58,12 por cento casados, 47,50 por cento com escolaridade de 1 a 4 anos, 81,25 por cento católicos, renda de 1 salário mínimo em 63,12 por cento, 78,12 por cento não fumantes, 97,50 por cento negavam etilismo. O GE possuía um tempo médio de ulceração de 11,2 anos. **Resultados:** As médias dos escores, obtidas em cada domínio do questionário SF-36, apresentaram diferenças com significância estatística em 7 dos 8 domínios sendo eles, capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais e aspectos emocionais. Não se encontrou diferença com significância estatística entre os escores médios da escala de auto-estima entre os grupos. Houve diferença com significância estatística entre os escores médios para capacidade funcional obtidos pelos grupos. **Conclusão:** A qualidade de vida encontrou-se alterada nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais, aspectos, emocionais, dor, vitalidade e estado geral de saúde do SF-36. A auto-estima não foi afetada segundo o questionário de auto-estima Rosenberg/Unifesp-EPM. A capacidade funcional encontrou-se alterada em 7 dos 8 componentes do HAQ-20.

Palavras-chave:

ÚLCERA VARICOSA; QUALIDADE DE VIDA; AUTO-IMAGEM.

ANEXO 23 - *Body Shape Questionnaire* e *Self Report Questionnaire-20* em funcionários de uma universidade no sul de Minas Gerais

Faria, Gilmaria Pereira. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. /Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: O tema Qualidade de Vida tem se destacado na literatura científica nos últimos tempos. A imagem corporal e a depressão, como aspectos da qualidade de vida, têm chamado a atenção de profissionais e estudiosos de diversas áreas. **Objetivo:** Avaliar a imagem corporal e a depressão em trabalhadores de uma universidade do sul do estado de Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo transversal de um grupo de 582 funcionários da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIV ÁS). O *Body Shape Questionnaire* (BSQ) foi aplicado para avaliar a imagem corporal e o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) foi aplicado para avaliar a depressão. O teste qui quadrado foi utilizado na análise estatística. **Resultados:** Dos 582 sujeitos estudados, 524 (90 por cento) não apresentaram depressão e 58 (10 por cento) apresentaram indicativo de tal afecção. Foi observada maior prevalência de depressão no gênero feminino ($p = 0,00001$) e nos indivíduos com escolaridade abaixo do grau superior ($p = 0,02718$). Nos dados relativos à imagem corporal, a amostra se comportou da seguinte forma: 525 sujeitos (90,2 por cento) apresentaram ausência de distorção de imagem corporal, 37 (6,4 por cento) apresentaram leve distorção, 13 (2,2 por cento) apresentaram distorção moderada e 7 indivíduos (1,2 por cento) apresentaram grave distorção de imagem corporal. Também foi observada maior prevalência de distorção de imagem corporal no gênero feminino ($p = 0,00011$) e nos indivíduos com faixa etária inferior a 50 anos ($p = 0,04588$). Quando do cruzamento das duas variáveis, observou-se que a distorção de imagem corporal foi um risco para a depressão ($p=0,00000$). **Conclusões:** Existe maior risco de prevalência de depressão e distorção de imagem corporal no gênero feminino. A distorção de imagem corporal pode ser um risco para a depressão.

Palavras-chave:

QUALIDADE DE VIDA; DEPRESSÃO; IMAGEM CORPORAL; TRABALHADORES; SAÚDE MENTAL.

Publicação:

Artigo em avaliação pela revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*

ANEXO 24 - Short-Form 36, Numerical Ratong Scale e Roland-Morris Questionnaire em pacientes com hipertrofia mamária

Fernandes, Paulo Magalhães. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. /Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: Instrumentos têm sido utilizados para avaliar a qualidade de vida e os sintomas físicos apresentados por pacientes com hipertrofia mamária. **Objetivo:** Avaliar a influência da hipertrofia mamária sobre a qualidade de vida, os sintomas de dores na coluna, e o quanto estas dores poderão comprometer as atividades habituais das pacientes. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal analítico em pacientes no Hospital Universitário Samuel Libânio. Foram examinadas 50 pacientes com hipertrofia mamária que buscavam o tratamento cirúrgico, e 50 com mamas de tamanhos considerados normais. O tamanho das mamas foi avaliado pelo índice de Sacchini e a hipertrofia mamária classificada segundo Franco & Rebello. Para avaliação da qualidade de vida utilizou-se o questionário *The Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey* (SF-36). A Escala Numérica (NRS) foi utilizada para avaliar a intensidade de dor na coluna cervical, torácica e lombar. O *Roland-Morris Questionnaire* foi utilizado para avaliar as limitações decorrentes das dores na coluna. **Resultados:** A média da idade das pacientes do grupo com hipertrofia foi de 32,2 anos e de 32,7 anos para o grupo controle. Pacientes portadoras de hipertrofia mamária apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios avaliados no SF-36, com significância estatística. Estas pacientes apresentaram valores maiores na NRS para todos os segmentos da coluna vertebral. A média dos escores da coluna cervical foi de 5,5, da coluna torácica de 6,5 e coluna lombar de 6,2. No *Roland-Morris Questionnaire*, a média dos escores foi de 10,5 no grupo hipertrofia e 1,2 no grupo controle. **Conclusão:** Os resultados demonstraram que as pacientes portadoras de hipertrofia mamária apresentaram uma pior qualidade de vida, dores nas costas mais intensas e maiores limitações para as atividades habituais quando comparadas a mulheres com mamas de tamanhos considerados normais.

Palavras-chave:

QUALIDADE DE VIDA; MAMA; QUESTIONÁRIOS; DOR; DOR NAS COSTAS

Publicação:

Fernandes PM, Sabino Neto M, Veiga DF, Abla LEF, Mundim CDA, Juliano Y, Ferreira LM. *Acta Ortop Bras.* 2007;15(4):227-30.

ANEXO 25 - *Short Form-36* e escala de depressão geriátrica em idosos com úlcera por pressão na comunidade

Galhardo, Vitor Ângelo Carlucio. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. /Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: Úlcera por pressão (UP) é um sério e comum problema entre a população geriátrica. Mais de 50 por cento dos pacientes com UP estão com 70 anos ou mais de idade, e entre a população geriátrica as UP são associadas ao aumento do risco de morte, afetando a interação social, diminuindo a qualidade de vida, causando dor e desconforto, além do elevado custo do tratamento com grande impacto econômico. **Objetivo:** Avaliar qualidade de vida e depressão em idosos com UP, na comunidade. **Métodos:** Estudo transversal e analítico com 21 idosos com UP, e 21 sem UP, com 60 anos ou mais de idade. O Mini Exame do Estado Mental foi aplicado para excluir os idosos com déficit cognitivo da amostra. O *Short Form Health Survey* (SF-36), foi utilizado na avaliação da qualidade de vida, e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) na avaliação de depressão. Qui-quadrado e Mann Whitney foram utilizados para análise estatística. **Resultados:** Encontradas 36 UP no grupo de estudo, região sacral a mais comprometida (44,5 por cento), o estágio II (50 por cento) o mais frequente. Os portadores de UP apresentaram pior avaliação da qualidade de vida com significância estatística em todos os itens do SF-36, em relação ao grupo controle, com pior pontuação em capacidade funcional, aspecto físico e emocional ($p < 0,0001$). Dezesete (81 por cento) idosos do grupo de estudo apresentaram pontuação para depressão ($p = 0,002$) em relação ao grupo controle. **Conclusão:** Os idosos com UP apresentam pior qualidade de vida em todos os domínios do SF-36 e elevada taxa de depressão pela GDS-15.

Palavras-chave:

ÚLCERA DE PRESSÃO; QUALIDADE DE VIDA; DEPRESSÃO; IDOSO

ANEXO 26 - Versão brasileira do *Body Dysmorphic Disorder*

Examination

Jorge, Renata Trajano Borges. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2006.

Resumo:

Introdução: A busca pela melhoria da imagem corporal é a principal motivação para os pacientes que pretendem se submeter a uma cirurgia plástica, portanto, a avaliação deste aspecto é uma etapa importante e preditora do sucesso do procedimento cirúrgico. **Objetivo:** Traduzir para o português, adaptar a cultura brasileira, testar a validade de construção e a reprodutibilidade do *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE). **Métodos:** O questionário foi traduzido e adaptado de acordo com metodologia aceita internacionalmente. Foi realizada tradução e tradução reversa do instrumento, intercaladas de revisões feitas por um comitê multidisciplinar. Na fase de adaptação cultural, o BDDE, em sua versão em português, foi aplicado a 30 pacientes do ambulatório de cirurgia plástica. Durante esta fase, as questões que apresentaram mais de 200/0 de não entendimento foram modificadas e novamente aplicadas a mais 30 pacientes. Para avaliação da validade e reprodutibilidade, outros 33 pacientes foram entrevistados em duas ocasiões. Na primeira ocasião, por 2 entrevistadores diferentes e em um período de 7 a 15 dias por apenas um deles. Na primeira ocasião também foram administrados o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) e a Escala de auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM. **Resultados:** Durante a fase de adaptação, 6 questões foram analisadas e modificadas. Na etapa seguinte, foi realizada análise da consistência interna do instrumento e o teste de reprodutibilidade e validade. A consistência interna do instrumento foi de 0,89. O coeficiente de reprodutibilidade inter-observador foi de 0,91 e o intra-observador foi de 0,87. No que diz respeito a validade, pode-se afirmar que os questionários BDDE e Rosenberg apresentaram associação discreta (0,22), ao passo que entre BDDE e BSQ a associação existe foi considerada moderada (0,64). **Conclusão:** O BDDE foi traduzido e adaptado com sucesso, demonstrando ser válido e reprodutível.

Palavras-chave:

TRADUÇÃO (PROCESSO); QUESTIONÁRIOS; AVALIAÇÃO; IMAGEM CORPORAL; CIRURGIA PLÁSTICA

Publicação:

Jorge RTB, Sabino Neto, M, Natour J, Veiga DF, Jones A, Ferreira LM. Versão Brasileira do Body Dysmorphic Disorder. São Paulo Med J. 2008;126(2):87-95.

ANEXO 27 - Short-Form 36 e escala de auto-estima**Rosemberg/UNIFESP-EPM em pacientes com oftalmopatia de graves na fase inativa**

Magalhães, Carlos Henrique de Toledo. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo /Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: A oftalmopatia de Graves é doença auto-imune crônica capaz de causar alterações visuais e estéticas. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e a auto-estima dos pacientes com oftalmopatia de Graves na fase inativa. **Métodos:** Foram avaliados 30 pacientes portadores de oftalmopatia de Graves na fase inativa, eutireoideanos, com idade variando entre 26 e 65 anos, média 43 ± 11 anos, denominado grupo estudo e 39 indivíduos que não apresentavam oftalmopatia de Graves, com idade variando entre 18 e 67 anos, média de 41 ± 13 anos, selecionados na população geral denominado grupo controle. A gravidade da oftalmopatia foi avaliada pela classificação NO SPECS, o que permitiu distribuir os pacientes em subgrupos: Leve (2a, 30-a, 40-a), constituído por 18 pacientes (60 por cento) e Moderado (2b, 3bc, 4bc), constituído por 12 pacientes' (40 por cento). Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o instrumento *Short-form 36* e para avaliar a auto-estima foi utilizada a escala de auto-estima Rosenberg-UNIFESP/EPM. Ambos os instrumentos foram aplicados por meio de entrevista. Os valores dos escores de qualidade de vida e auto-estima nos dois grupos estudados foram comparados utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney. O mesmo teste foi aplicado para comparar os resultados obtidos no grupo de pacientes estudados considerando a gravidade da oftalmopatia. O nível de significância foi fixado em 0,05 ou 5 por cento. **Resultados:** Observou-se pior qualidade de vida dos pacientes nos seguintes domínios do SF-36: aspectos físicos ($p=0,028$), estado geral de saúde ($p=0,001$), vitalidade ($p=0,000$), aspectos sociais ($p=0,005$) e saúde mental ($p=0,009$). Não houve diferença entre os pacientes leves e moderados. Em relação à auto-estima, não houve diferença com significância estatística entre os pacientes com oftalmopatia de Graves e os indivíduos do grupo controle ($p=0,058$). Não houve diferença dos resultados em relação à auto-estima entre os pacientes leves e moderados, ($P= 0,271$). **Conclusões:** Os pacientes com oftalmopatia de Graves leve e moderada na fase inativa apresentaram pior qualidade de vida nos domínios: aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, saúde mental e não apresentaram alteração da auto-estima. Não houve diferença na qualidade de vida e auto-estima entre os subgrupos leve e moderado.

Palavras-chave:

DOENÇAS AUTO-IMUNES; DOENÇA DE GRAVES; AUTO-IMAGEM; QUALIDADE DE VIDA; EFEITOS PSICOSSOCIAIS DA DOENÇA

Publicação:

Magalhães CH, Pereira MD, Mauro PG, Veiga DF, Novo NF, Ferreira LM. Inactive Graves' ophthalmopathy and self-esteem. Arq Bras Oftalmo. 2008 Mar-Apr;71(2):215-20.

ANEXO 28 - *Short-Form 36* e escala de auto-estima Rosenberg UNIFESP/EPM em idosos hospitalizados com úlcera por pressão

Magalhães, Marta Garroni. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** -Universidade Federal de São Paulo. /Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: A expectativa de vida aumenta progressivamente com o envelhecimento da população e as úlceras por pressão são freqüentes nos idosos podendo alterar a qualidade de vida. Instrumentos para medida de qualidade de vida vêm sendo muito utilizados. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e auto-estima em idosos hospitalizados com úlcera por pressão. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e analítico. Quarenta idosos (60 anos ou mais de idade), sem déficit de cognição e hospitalizados foram selecionados consecutivamente. Vinte idosos portadores de úlcera por pressão formaram o grupo de estudo e outros 20 pacientes sem úlcera por pressão formaram o grupo controle. A avaliação dos pacientes foi realizada por um único investigador, com avaliação visual da pele e classificação das úlceras com aplicação da escala de Braden, aplicação do mini-exame do estado mental para avaliar a cognição, coleta de dados demográficos e clínicos. Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário *Short-Form 36* e a auto-estima foi avaliada utilizando a escala de Auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM. Para análise dos resultados foram aplicados os Testes de qui-quadrado ou de Fisher e de Mann-Whitney. **Resultados:** Nos domínios do *Short-Form 36*, a capacidade funcional e saúde mental foram significantes entre os grupos ($p= 0,0398^*$ e $p= 0,0480^*$ respectivamente) neste estudo. O domínio estado geral de saúde apresentou a melhor pontuação, mas sem significância estatística. A auto-estima dos idosos do grupo de estudo e do grupo controle foi semelhante. **Conclusões:** A qualidade de vida dos idosos hospitalizados com úlcera por pressão é pior nos domínios da capacidade funcional e saúde mental quando comparada ao grupo controle. Não houve diferença da auto-estima dos idosos do grupo de estudo e controle.

Palavras-chave:

QUALIDADE DE VIDA; AUTO-IMAGEM; IDOSO; HOSPITALIZAÇÃO; ÚLCERA DE PRESSÃO

Publicação:

Artigo aceito pela revista *Wounds*. Aguardando publicação.

ANEXO 29 - *Short-Form 36* e escala de auto-estima**Rosemberg/UNIFESP-EPM em pacientes com pé diabético ulcerado**

Meneses, Luiz Carlos de. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** -Universidade Federal de São Paulo. /Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e a auto-estima dos pacientes com pé diabético com úlcera. Foram incluídos 35 pacientes diabéticos, distribuídos em dois grupos: o grupo controle de 20 pacientes diabéticos sem úlcera e 15 pacientes diabéticos com úlcera, o grupo estudo. A qualidade de vida foi medida por meio do questionário genérico *Short-Form 36*, aplicado por meio de entrevista, e a auto-estima foi avaliada através da escala de auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM. Dos 20 pacientes controle, 80 por cento eram do gênero feminino, com idade média de 55 anos (DP=6,68). A média do tempo de doença foi de oito anos. Dos 15 pacientes com pé diabético com úlcera, o gênero masculino predominava com 80 por cento dos pacientes. A idade média foi de 56 anos (DP=8,42). O tempo de doença teve uma média de 12 anos. Não houve diferenças entre os grupos quanto à raça e à escolaridade. A média dos escores de todos domínios do SF-36 foi menor nos pacientes diabéticos com úlcera. Havia uma diminuição significativa dos escores nos domínios: Capacidade funcional (p=0,043), Atividade física (p=0,003), Aspectos sociais (p=0,022) e Aspecto emocional (p=0,001). Não houve diferença nos resultados da auto-estima nos dois grupos. Os resultados do estudo mostraram que a qualidade de vida foi pior nos pacientes com pé diabético com úlcera e que a auto-estima foi semelhante nos dois grupos.

Palavras-chave:

DIABETES MELLITUS; PÉ DIABÉTICO; ÚLCERA DO PÉ; QUALIDADE DE VIDA; AUTO-IMAGEM

ANEXO 30 - *Short Form-36 e Stanfor Health Assessment Questionnaire* em pacientes com úlcera arterial

Moreira, Márcia Maria Renó. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** -Universidade Federal de São Paulo. /Universidade do Vale do Spucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: A úlcera arterial é consequência da perfusão tecidual inadequada para os membros inferiores. Isso se deve a um bloqueio total ou parcial do fornecimento do sangue arterial para as pernas e o problema básico é denominado de doença vascular periférica. A avaliação da qualidade de vida é fundamentada na percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde. Compreender a qualidade de vida dos pacientes com úlcera arterial é um assunto relevante e pouco enfatizado. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com úlcera arterial. **Métodos:** Foram entrevistados 60 pacientes distribuídos em três grupos: 20 com doença arterial e presença de úlcera; 20 com doença arterial sem úlcera e 20 indivíduos sem doença arterial e sem lesão. Utilizou-se para a coleta de dados o questionário genérico SF-36 para medir a qualidade de vida e o questionário específico HAQ-20 para medir a capacidade funcional. Para análise dos resultados aplicou-se a análise de variância de Kruskal- Wallis para comparar os três grupos. Entre os grupos, 70 por cento foram mulheres e 30 por cento homens, com a média de idade de 63 anos. **Resultados:** Os pacientes com doença arterial com úlcera apresentaram comprometimento na qualidade de vida em todas as dimensões do SF-36, sendo que a média de menores valores foi observada nas dimensões: Aspectos físicos 12,5, aspectos emocionais 25 e capacidade funcional 33. **Conclusão:** Portadores de úlcera arterial em membros inferiores apresentam pior qualidade de vida.

Palavras-chave:

QUALIDADE DE VIDA; ÚLCERA

ANEXO 31 - *Health Assessment Questionnaire* e escala de auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM em pacientes submetidos à mastectomia por câncer de mama

Oliveira, Ana Cláudia Swerts de. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. /Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: O tratamento do câncer de mama provoca seqüelas físicas e psicológicas permanentes, as quais estão relacionadas ao procedimento cirúrgico. Mulheres submetidas à mastectomia radical modificada podem ter valores emocionais e afetivos alterados. **Objetivo:** Avaliar, com instrumento validado no Brasil, capacidade funcional e auto-estima de pacientes submetidas à mastectomia por câncer de mama. **Métodos:** Foram avaliadas 50 pacientes submetidas à mastectomia há mais de um ano. As pacientes foram entrevistadas com questionários específicos para auto-estima (Escala de auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM), capacidade funcional (*Health Assessment Questionnaire* -HAQ-20) e para dados sócio-demográficos. Outro grupo de 50 mulheres, não portadoras de neoplasia mamária, foi avaliado como controle. Os valores de p foram calculados pelos testes de Mann Whitney e do qui-quadrado e as correlações pelo coeficiente de Spearman. **Resultados:** Na Escala de auto-estima Rosenberg o escore médio do grupo controle foi de 5,18 e do mastectomizado 7,00 obtendo-se um $p=0,04$. Metade das pacientes apresentava escores superiores a 7. A capacidade funcional foi melhor no grupo controle do que no grupo estudo ($p=0,0001$), com escores médios encontrados de 0,09 e 0,36 respectivamente. Não houve correlação entre idade e capacidade funcional ou entre idade e auto-estima. **Conclusão:** A perda da mama promove impacto negativo na auto-estima e na capacidade funcional das pacientes, impondo uma maior dificuldade no exercício das atividades diárias.

Palavras-chave:

MASTECTOMIA; AUTO-IMAGEM; QUALIDADE DE VIDA; NEOPLASIAS MAMÁRIAS; QUESTIONÁRIOS

Publicação:

Artigo aceito pela Revista Brasileira de Mastologia. Aguardando publicação.

ANEXO 32 - *Short Form-36, Stanford Health Questionnaire* e teste de esforço em mulheres obesas

Orsi, Juliana Vianna de Andrade. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. /Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: A obesidade atualmente é um dos maiores problemas de saúde pública mundial, e apesar de promover o aumento da morbi- mortalidade, ainda não existe um tratamento efetivo e uma prevenção adequada. Existe um crescente interesse na literatura em pesquisar a associação entre obesidade, qualidade de vida e capacidade funcional utilizando instrumentos genéricos e específicos para avaliação da qualidade de vida. Também é possível mensurar a capacidade funcional por meio do teste de esforço, calculando o consumo máximo de O₂ (V_{O2} máx). **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e a capacidade funcional em mulheres obesas. **Métodos:** Estudo transversal analítico envolvendo 120 mulheres adultas alocadas em três grupos: 40 eutróficas, 40 com sobrepeso e 40 obesas. As pacientes foram entrevistadas usando dois instrumentos de avaliação de qualidade de vida, um genérico, o Short-Form-36 (SF-36), e um específico para capacidade funcional, o *Stanford Health Assessment Questionnaire* (HAQ-20). Também para avaliar a capacidade funcional, as pacientes foram submetidas a teste de esforço para avaliação do consumo máximo de oxigênio (V_{O2} máximo). Na análise estatística foram usados o teste do qui-quadrado e a análise de variância de Kruskal Wallis, para $p \leq 0,05$. **Resultados:** As mulheres obesas apresentaram valores significativamente menores dos seguintes domínios do SF-36: Capacidade Funcional, Dor, Estado geral de Saúde, Vitalidade e Aspecto Emocional ($p < 0,05$). Houve diferença significativa dos escores do HAQ-20 entre as mulheres eutróficas e obesas com idade entre 45 e 60 anos ($p < 0,05$). As mulheres obesas também apresentaram valores de V_{O2} máximo significativamente menores que os outros grupos ($p < 0,001$). Não houve diferença significativa entre o grupo de mulheres eutróficas e com sobrepeso, e nem entre as faixas etárias de 40 e 44 anos e 45 e 60 anos. **Conclusão:** A obesidade apresenta impacto negativo na capacidade funcional e na qualidade de vida das mulheres.

Palavras-chave:

QUALIDADE DE VIDA; OBESIDADE; TESTE DE ESFORÇO; ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

Publicação:

Orsi JV, Nahas FX, Gomes HC, de Andrade CH, Veiga DF, Novo NF, Ferreira LM. Impact of obesity on the functional capacity of women. Rev Assoc Med Bras. 2008 Mar-Apr;54(2):106-9.

ANEXO 33 - *Short Form-36*, escala de auto-estima de Rosenberg/UNIFESP-EPM e *Self-Report Questionnaire-20* em pacientes com desvio nasal

Ramos, Sueli de Lima. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** -Universidade Federal de São Paulo. Mestrado Interinstitucional. São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

Introdução: O desvio nasal é queixa comum nos serviços de Otorrinolaringologia e Cirurgia Plástica. Pode alterar a qualidade de vida e acarretar transtornos psíquicos. Na literatura não há estudos a respeito. **Objetivo:** Avaliar qualidade de vida, auto-estima e depressão em pacientes com desvio nasal. **Métodos:** Trata-se de estudo analítico e transversal. Foram selecionados 60 pacientes, divididos em grupo estudo, contendo 32 pacientes com desvio nasal e grupo controle, com 28 pacientes sem desvio nasal. Realizou-se o diagnóstico de desvio nasal por fotografia digital. Para avaliação da qualidade de vida utilizou-se os questionários *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), a Escala de Auto-estima de Rosenberg/UNIFESP-EPM e o *Self - Report Questionnaire* (SRQ-20). A análise estatística utilizou os testes de Mann- Whitney, Quiquadrado e t-student. **Resultados:** Na qualidade de vida, o grupo de estudo apresentou diferença com significância estatística nos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde ($p < 0,05$). Em relação à auto-estima, não houve diferença com significância estatística. A depressão esteve presente em 11 pacientes (18,3 por cento) do grupo de estudo e em 2 pacientes (3,3 por cento) do grupo controle, havendo diferença com significância estatística ($p < 0,05$). **Conclusões:** Pacientes com desvio nasal apresentam pior qualidade de vida nos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde. Em relação à auto-estima, não apresentam alteração, mas apresentam depressão.

Palavras-chave:

NARIZ; QUALIDADE DE VIDA; AUTO-IMAGEM; QUESTIONÁRIOS; DEPRESSÃO

Publicação:

Artigo em avaliação pela Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.

ANEXO 34 - *Health Assessment Questionnaire* em pacientes submetidos à reconstrução mamária tardia com o retalho musculocutâneo transverso do reto abdominal

Kokura, Elisa Mayumi. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2006.

Resumo:

OBJETIVO: Avaliar a capacidade funcional em pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia com o retalho musculocutâneo transverso do reto do abdome. **MÉTODOS:** 36 pacientes mastectomizadas por indicação oncológica, foram, consecutivamente, selecionadas para a avaliação da capacidade funcional após a reconstrução mamária, através da utilização do instrumento *Health Assessment Questionnaire* (HAQ-20), que é um dos instrumentos mais citados e utilizados para a avaliação do estado funcional. Trata-se de um instrumento validado, traduzido e adaptado culturalmente para mais de 60 línguas e dialetos, geralmente, com apenas discretas modificações, contribuindo para a sua aplicação como um método de avaliação padronizado entre os estudos. O HAQ-20 foi auto-administrado nos períodos pré e pós-operatórios de 3 e 6 meses do primeiro tempo da cirurgia. **RESULTADOS:** Na avaliação por componentes do HAQ-20, os componentes 1 "vestir-se", 3 "alimentar-se", 4 "caminhar", 5 "banhar-se" (higiene pessoal), 8 "outras atividades", não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os períodos avaliados com relação à presença ou ausência de dificuldade de realizar as atividades. Já os componentes 2 "levantar-se" e 7 "apreender objetos" apresentaram piora quando comparados os períodos pré e pós-operatórios. Por um outro lado, na análise do escore final do HAQ-20, verificamos que houve diferença entre pré e 3 meses, mas não entre o pré e 6 meses de pós-operatório. **CONCLUSÃO:** Não houve diminuição da capacidade funcional nas pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia com retalho musculocutâneo transverso do reto do abdome.

Palavras-chave:

MAMA; RETALHOS CIRÚRGICOS; QUALIDADE DE VIDA; QUESTIONÁRIOS

Publicação:

Artigo aceito pela revista *Annals of Plastic Surgery*. Aguardando publicação.

ANEXO 35 - *Short Form-36* e escala de auto-estima de Rosenberg/UNIFESP-EPM em pacientes com malocclusão classe III de Angle

Vieira, Leonardo Caldas. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo/Universidade do Vale do Sapucaí. Mestrado Interinstitucional . São Paulo/Pouso Alegre: 2006.

Resumo:

INTRODUÇÃO: O prognatismo pode ser definido como uma projeção da mandíbula. Essa alteração foi estudada por Angle e então classificada como Classe III, em 1899. Essa malocclusão pode causar problemas na aparência e na saúde comprometendo a qualidade de vida do paciente. A opinião do paciente sobre os resultados dos tratamentos empregados ganha cada vez mais prestígio e é hoje um consenso entre os profissionais. O estudo de qualidade de vida tem se desenvolvido por muitos anos e é usado para analisar os tratamentos empregados aos pacientes. **OBJETIVO:** Avaliar a qualidade de vida e a auto-estima de pacientes Classe III de Angle. **MÉTODO:** O estudo foi feito em 45 pacientes selecionados consecutivamente e classificados como Classe I, grupo de estudo, 20 pacientes, e Classe III grupo controle, 25 pacientes. O instrumento genérico SF-36 e o instrumento específico Escala de Auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM foram respondidos por todos os pacientes. **RESULTADOS:** Foi encontrada diferença estatisticamente significativa no aspecto Estado de Saúde Geral. **CONCLUSÃO:** A qualidade de vida dos grupos Classe I e Classe III mostrou-se semelhante e foi mostrado que o estado de saúde geral foi melhor para o grupo classe III.

Palavras-chave:

MÁ OCLUSÃO DE ANGLE CLASSE III; QUALIDADE DE VIDA; AUTO-IMAGEM.

Publicação:

Artigo aceito pela Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. Aguardando publicação.

ANEXO 36 – SF-36, *Body Shape Questionnaire* e Questionário de auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM em pacientes submetidas à abdominoplastia

Rocha, Maria José Brito. **Tese de Mestrado em Cirurgia Plástica** - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2007.

Resumo

INTRODUÇÃO: A abdominoplastia visa a restaurar o contorno do abdome. O objetivo deste estudo é avaliar a imagem corporal, auto-estima e qualidade de vida em pacientes submetidas à abdominoplastia. **MÉTODOS:** Distribuiu-se 40 pacientes do gênero feminino, entre 25-60 anos de idade, IMC entre 19-30kg/m², com deformidade abdominal tipos III e A pela classificação de NAHAS, em dois grupos: Grupo Estudo com 25 pacientes submetidas a abdominoplastia e Grupo Controle com 15 pacientes sem intervenção cirúrgica. Três questionários foram aplicados: *BSQ*, Escala de Auto-Estima ROSENBERG/UNIFESP-EPM, *SF-36* no pré e pós-operatório de um e seis meses no Grupo Estudo, no pré-operatório e após seis meses no Grupo Controle. **RESULTADOS:** Trinta e nove pacientes terminaram o estudo. No Grupo Estudo (24 pacientes), a abdominoplastia provocou impacto positivo no primeiro mês pós-operatório, mantendo-se no sexto mês. Houve diferença estatisticamente significativa em valores totais e nas subescalas (*BSQ*), na auto-estima (ROSENBERG/ UNIFESP-EPM) e no domínio saúde mental (*SF-36*). Nos domínios aspectos físicos e emocionais e vitalidade (*SF-36*), houve diferença estatisticamente significativa apenas no pós-operatório de um mês. As demais dimensões não apresentaram diferença estatisticamente significativa. No Grupo Controle, a diferença não foi estatisticamente significativa em todos os domínios do *BSQ*, na auto-estima (ROSENBERG/UNIFESP-EPM) e domínios do *SF-36*, com exceção do domínio vitalidade. Quando comparados os dois grupos aos seis meses, os valores não apresentaram diferença estatisticamente significativa em nenhum dos domínios, com exceção da subescala percepção comparativa da imagem corporal (*BSQ*). **CONCLUSÃO:** A abdominoplastia promoveu melhora da imagem corporal, auto-estima e saúde mental.

Palavras-chave:

ABDOMINOPLASTIA; AUTO-IMAGEM; IMAGEM CORPORAL; QUALIDADE DE VIDA

ANEXO 37 - Short-Form-36 e Caregiver Burden Scale em cuidadores primários de paraplégicos.

Blanes, Leila. **Tese de Doutorado em Cirurgia Plástica** -Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2005

Resumo:

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos cuidadores primários de paraplégicos. Foram incluídos 60 paraplégicos por causa traumática e seus cuidadores primários. O instrumento de coleta de dados constava de dados demográficos e clínicos. A qualidade de vida foi medida por meio do questionário genérico Medical Outcomes Survey 36-ítems Short-Form Health Survey (SF-36). A sobrecarga dos cuidadores foi avaliada com o Caregiver Burden Scale, cujos valores variam de 1 a 4 e quanto maior o resultado, maior a sobrecarga. Dos 60 cuidadores, a maioria era do sexo feminino (81,7 por cento), com média de idade igual a 35,8 (DP=12,91) anos, sendo que 26,6 por cento eram esposas e 23,4 por cento irmãs. Os cuidadores dispõem, em média, 11,3 horas por dia no cuidado ao paraplégico. Vinte e três cuidadores (38,3 por cento) possuíam alguma doença crônica e 53,3 por cento assumiam sozinhos o cuidado ao paraplégico. As dimensões do SF-36 mais afetadas foram os aspectos físicos, dor, vitalidade e aspectos emocionais. A presença de doença no cuidador apresentou associação estatística significativa com baixos escores na dimensão capacidade funcional ($p=0,001$), dor ($p=0,003$), estado geral de saúde ($p=0,004$), vitalidade ($p=0,007$) e saúde mental ($p=0,024$), utilizando o teste t de Student. O escore médio global do Caregiver Burden Scale foi 1,71 e os escores de cada dimensão variou de 1,39 (envolvimento emocional) a 2,44 (ambiente). Os resultados encontrados permitiram verificar que os cuidadores primários de paraplégicos apresentaram impacto negativo na qualidade de vida em todas as dimensões do SF-36 e do Caregiver Burden Scale, sendo as mais comprometidas, os aspectos emocionais, aspectos físicos, dor e vitalidade.

Palavras-chave:

Cuidadores; Qualidade de Vida; Carga de Trabalho; Paraplegia.

Publicação:

Blanes L, Carmagnani MI, Ferreira LM. Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia. Spinal Cord. 2007;45(6):399-403

ANEXO 38 - Satisfação de Pacientes Submetidas a Reconstrução Mamária Imediata com Retalho Musculocutâneo do Latíssimo do Dorso e Implante Mamário

Dutra, Alexandre Katalinic. **Tese de Doutorado em Cirurgia Plástica** -Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2007

Resumo:

A reconstrução imediata da mama por meio do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso é ainda pouco citada na literatura, notadamente trabalhos que avaliem a percepção da paciente. As publicações dos resultados tardios e as complicações relacionadas ao implante mamário tornaram esta opção de reconstrução da mama menos divulgada que a do retalho abdominal. Porém, com o reconhecimento da crescente importância da reconstrução imediata da mama, redução das ressecções das margens oncológicas e desenvolvimento de novos implantes mamários a técnica do latíssimo do dorso associado ao implante mamário assumiu um novo contexto nas reconstruções. Os objetivos do trabalho foram: avaliar por um estudo transversal a satisfação das pacientes portadoras de câncer da mama submetidas à mastectomia e reconstrução imediata, através do retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso e verificar a relação da satisfação com dados clínicos, do tratamento e características cirúrgicas. Assim, foram selecionadas consecutivamente as pacientes reconstruídas pela técnica do estudo realizado pelo Departamento de Cirurgia Plástica Reparadora, Hospital do Câncer, A C Camargo, Centro de Ensino e Pesquisa (Fundação Antônio Prudente - São Paulo) no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2005. Foram excluídas as pacientes submetidas a adenomastectomias, cirurgias conservadoras da mama, reconstruções bilaterais, e reconstruções sem o implante mamário. Após estes critérios, 196 pacientes foram incluídas na pesquisa e 178 questionários retornaram, devidamente preenchidos (diferença de 9,2% entre enviados e recebidos). A média das idades das pacientes foi 45,7 anos, o tempo médio de controle ambulatorial foi de 41,8 meses, portadoras na maioria de carcinomas ductais invasivos, pertencentes aos estádios 0, 1 e 2, sem radioterapia adjuvante. O tempo de internação hospitalar foi de 2 dias para 83,2% das pacientes, sem necessidade de hemotransusão. O tempo cirúrgico da reconstrução foi em média de 2 horas e 56 minutos. Os implantes empregados foram de silicone, superfície texturizada em 77,6% pacientes. Os retalhos foram planejados transversalmente ao tórax, com infiltração e pontos de adesão na área doadora. A auto-avaliação por questionário de satisfação geral e a solicitação da nota para a reconstrução foi enviada via postal. O tempo entre a data da cirurgia e a data da resposta teve média de 43,8 meses. Noventa e dois por cento das pacientes responderam estar satisfeitas, e 90% recomendariam a sua reconstrução mamária pela técnica do estudo. As notas variaram de 1 a 10, com média 8,5 (dp=1,6) e mediana de 9. A reconstrução mamária imediata com o retalho musculocutâneo do latíssimo do dorso associado ao implante promoveu alto índice de satisfação nas pacientes, que não foi influenciada de forma significativa por características sócio-demográficas, reprodutivas, clínicas e do tratamento, exceto: estado civil, perfil do implante mamário, complicações pós-operatórias e tempo de pós-operatório.

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

Agresti A. Categorical Data Analysis. New York: John Wiley and Sons; 2002.

Belasco AGS, Sesso RCC. Qualidade de Vida: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. 1 ed. São Paulo; 2006. Qualidade de Vida: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. p. 1-10.

Blay SL, Merlin MS. Qualidade de Vida: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. 1 ed. São Paulo: Manole; 2006. Desenho e Metodologia de Pesquisa em Qualidade de Vida. p. 19-30.

Dicionário inglês-português Michaelis. 38 ed. São Paulo: Melhoramentos; 2002.

Dicionário inglês-português Oxford Escolar. 11 ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Duarte PS, Ciconelli RM. Qualidade de Vida: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. 1 ed. São Paulo: Manole; 2006. Instrumentos para a Avaliação da Qualidade de Vida: Genéricos e Específicos; p. 11-8.

Ferreira LM. Guia de Cirurgia Plástica. 1 ed. Schor N, editor da série. Barueri: Manole; 2007. 910 p.

Haddad N. Metodologia de estudos em ciências da saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca; 2004.

Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de Pesquisa. Acta Cir Bras. 2005;20(Suppl 2):2-9.

Houaiss A. Dicionário eletrônico da Língua Portuguesa 1.0 [CD-ROM]. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Houaiss A. Dicionário da Língua Portuguesa. 2 ed. Rio de Janeiro: Moderna; 2004.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [Internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); [atualizada em 2004 Abr 13; acesso em 2007 Jun 7]. Disponível em : http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=132&id_pagina=1

Nunnally, JC. Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill; 1967.

Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa. Academia Brasileira de Letras. 3 ed. Rio de Janeiro; 1999.

Winer BJ. Statistical Principles in Experimental Design. 2 ed. Tokyo: McGraw-Hill; 1971.